UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 — N° 98

LES DORSALGIES BENIGNES DE L'ADULTE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Novembre 1951

PAR

Jacques TOUSSAINT

Membres du Jury..... MM. P. MERIEL, *Président*
SOREL
RIEUNAU
DARNAUD *Assesseurs*
POULHÈS *Suppléant*

TOULOUSE
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRESSION
1951

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. LEFEBVRE
Assesseur	BRUSTIER
Doyens honoraires	GORSE, CALVET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL — MM. MERIEL — MM. RIBAUT
LAFFORGUE — VALLOIS — SERR, GARIPUY

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM. RISER
Clinique médicale	TAPIE (N.)
Clinique obstétricale	GUILHEM
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	LAZORTHES
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Path. interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL
Bactériologie, hygiène, médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL
Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique et chirurgie	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	VALDIGUIE
Médecine légale et du travail	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY
Médecine sociale	BOUNHOURE
Thérapeutique	GADRAT
Pathologie chirurgicale	GRIMOUD
Stomatologie	CADENAT
Professeur à titre personnel	BAISSET
Chimie pharmaceutique	BLANC (Ch. de F.)

PROFESSEUR SANS CHAIRE

Anatomie	M. COULOUMA

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie	MM. POULHES
Histologie	BIMES
Sciences Naturelles	BOUISSET
Bactériologie	Mme ENJALBERT
Chimie Biologique	MM. POLONOVSKI
Physique Médicale	AUVERGNAT
Pharmacie	COUTURIER
Botanique	Mme Dulucq-Mathou

AGREGES

Médecine	MM. DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE, BAUDOT	Chirurgie — MM. RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN (P.)
Ophtalmologie		DEODATI
Physique Médicale		MARQUES
Obstétrique		PONTONNIER
O. R. L.		CLAUX
Urologie		LHEZ

COURS COMPLEMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sage-femmes	MM. GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIE
Chimie biologique	DOUSTE-BLAZY
Chimie minérale	BLANC
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Tuberculose	MOREL
Chirurgie pulmonaire	DAMBRIN (P.)
Parasitologie	BAUDOT
Cryptogamie	Mme Dulucq-Mathou
Chimie analytique	MM. BLANC
Hydrologie et Géologie	ASTRE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie médecine	BAISSET
Pharmacodynamie pharmacie	CAUJOLLE
Hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-Chirurgie	LAZORTHES
Mycologie	MORQUER
Psychiâtrie	GAYRAL
Physiologie	Laporte (Y.)
Histologie	PLANEL
Secrétaire de la Faculté	M. ARGILAS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891.)

LES DORSALGIES BENIGNES DE L'ADULTE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549605_0012

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 — N° 98

LES DORSALGIES BENIGNES DE L'ADULTE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Novembre 1951

PAR

Jacques TOUSSAINT

Membres du Jury ..... MM. P. MERIEL, *Président*
SOREL
RIEUNAU
DARNAUD
Assesseurs
POULHÈS *Suppléant*

TOULOUSE
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRESSION
1951

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Nous dédions ce travail

A MON PERE

Le Docteur Henry TOUSSAINT

Officier de la Légion d'Honneur
Président du Conseil Général du Lot-et-Garonne

A MA MERE

A MA FEMME

A MA FILLE

A MES FRERES

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le Professeur P. MERIEL

Professeur d'Hydrologie thérapeutique et climatologique

Médecin des Hôpitaux

Qui nous a fait l'honneur de nous aider de ses conseils et d'accepter de présider cette thèse.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur SOREL

Professeur de Clinique Médicale Infantile et de Puériculture

Chevalier de la Légion d'Honneur

Monsieur le Professeur Agrégé RIEUNAU

Monsieur le Professeur Agrégé DARNAUD

Monsieur le Professeur Agrégé POULHES

A NOS MAITRES TOULOUSAINS

A MESSIEURS LES MEDECINS ET CHIRURGIENS
DES HOPITAUX DE NICE

A MESSIEURS LES MEDECINS DE L'HOPITAL
« REINE-HORTENCE », D'AIX-LES-BAINS :

DOCTEURS DU LAC, GRABER-DUVERNAY,
F. FRANCON, M. ROZIER, P. TREPSAT

A mon Maître le Docteur Jacques FORESTIER

Chevalier de la Légion d'Honneur

en témoignage d'admiration et de déférente gratitude.

Aux Docteurs Charles LAPORTE et Jacques SAINT-MARC

qui nous ont aidé de leur expérience et nous ont donné maintes preuves d'amitié.

Nous dédions cette thèse au souvenir de notre maitre, Monsieur le Professeur E. ROQUES, professeur de clinique médicale. Il avait bien voulu nous accepter dans son service et nous guider de ses conseils. Les documents du centre de rhumatologie qu'il a créé ont été à la base de ce travail.

Le goût de la rhumatologie et la plus grande part de nos connaissances en cette matière, c'est au Docteur Jacques ARLET que nous les devons. Tout au long de cette thèse, nous n'avons cessé de bénéficier de son expérience. Qu'il soit assuré de notre infinie reconnaissance et notre fidèle amitié.

PLAN

Chapitre Premier :

I. — INTRODUCTION, DEFINITION.

II. — HISTORIQUE.

III. — METHODES D'EXAMEN.

IV. — DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.

Chapitre II :

I. — ANALYSE STATISTIQUE DES 150 CAS.

a) Etiologie;

b) Clinique;

c) Radiographie;

d) Traitement.

II. — INTRADERMO-REACTIONS A L'HISTAMINE.

Chapitre III :

ESSAI DE SYNTHESE.

Chapitre IV :

PHYSIOPATHOGENIE.

Chapitre V :

CONCLUSIONS.

CHAPITRE PREMIER

I. - INTRODUCTION

ESSAI DE DEFINITION DE LA DORSALGIE BENIGNE

Qu'est-ce que la dorsalgie bénigne ?

Nous pensons au terme de l'examen de cent cinquante dossiers que l'on peut en donner la définition suivante : un syndrome très fréquent, constitué essentiellement de phénomènes douloureux dorsaux plus ou moins diffus avec un substratum radiologique mince et évoluant sur un terrain particulier, difficile à améliorer. Sa nature est essentiellement bénigne puisqu'elle n'entraîne jamais aucun autre symptôme que la douleur.

Bien entendu, nous écartons du cadre des dorsalgies bénignes les grandes affections vertébrales microbiennes et tumorales, les grosses gibbosités, les grandes cypho-scolioses dorsales, congénitales ou acquises.

La dorsalgie bénigne ne compromet pas l'avenir du sujet, ne nécessite pas le plus souvent d'arrêt de travail. Elle est très fréquente. Les cas que nous présentons ont été triés dans les dossiers du Service de Rhumatologie de Toulouse (Professeur ROQUES) et dans les dossiers privés de deux Rhumatologues. Il nous a été facile d'établir une statistique. Nous avons compulsé mille cinq cents dossiers pour cent cinquante dorsalgies bénignes. Volontairement nous avons choisi trois sources différentes pour donner plus de valeur à notre statistique. Dans tous les cas, de 8 à 10 % des malades se présentant aux consultations de rhumatologie entrent dans notre cadre.

Le malade souffre souvent depuis longtemps et finit par aller consulter un spécialiste, car tous les petits moyens médicaux ont échoué; sa douleur est souvent mal localisée, imprécise, parfois irradiée le long d'un segment de côte ou d'un espace intercostal.

Du point de vue radiologique, peu de chose : une petite scoliose, une inflexion, quelques pointements ostéophytiques, une calcification nucléaire, souvent rien. Mais, si le substratum radiologique est pauvre, il n'en est pas de même du terrain qui est tout à fait particulier. Souvent, nous avons affaire à des nerveux, des anxieux, de petits psychopathes; parfois aussi, l'état général est mauvais et nous trouvons des troubles viscéraux associés à ces douleurs dorsales.

Enfin et surtout, nous sommes souvent déçus par les résultats de notre thérapeutique; les guérisons sont rares, les améliorations trop souvent passagères et, fréquemment, il faut l'avouer, nous enregistrons des échecs. Ces malades, d'ailleurs, sont rarement revus; guéris ou déçus, ils ne reviennent pas se faire contrôler et nous avons dû faire un gros effort de récupération pour réunir des résultats thérapeutiques assez nombreux et à distance.

II. - HISTORIQUE

Parente pauvre de la pathologie rachidienne, la colonne dorsale a toujours été moins étudiée que les segments sus et sous-jacents. Ce sont les travaux des premiers orthopédistes, puis le développement de la radiographie qui ont permis de s'attaquer au problème des algies dorsales. Mais, là encore, les recherches ont été moins poussées que pour les régions cervicales et lombaires.

PERIODE CLINIQUE (ORTHOPEDIQUE)

L'INSUFFISANCE VERTEBRALE

Il nous a semblé que les premiers auteurs qui ont posé le problème de ces algies vertébrales bénignes ont été l'Allemand SCHANZ et, en France, le Bordelais DENUCE. Nous croyons indispensable de résumer ici leurs conclusions sur ce qu'ils ont appelé « l'insuffisance vertébrale ».

SCHANZ a été frappé par le nombre de malades se croyant atteints d'une maladie du tube digestif ou se plaignant de douleurs thoraciques, abdominales ou du bassin, chez qui l'examen de ces différents organes reste toujours négatif. Ces malades sont, pour la plupart, âgés de trente à quarante ans, mais aussi parfois plus jeunes ou plus vieux. Peu ou pas de douleur rachidienne spontanée; cependant, l'examen systématique du rachis montre une ou plusieurs régions douloureuses : dorsale moyenne ou lombaire basse en général. Des douleurs parfois très vives à la percussion et à la pression des épineuses, surtout sur le sujet debout ou assis; enfin, les douleurs se retrouvent à la pression des corps vertébraux correspondants, à travers la paroi abdominale. Souvent, il existe une exagération des réflexes rotuliens. L'examen du rachis ne révèle aucune altération pouvant expliquer ces douleurs, pas de gibbosité en particulier. Si l'on peut observer assez longtemps ces malades, on voit souvent

apparaître une scoliose légère ou une cyphose dont le début correspond avec le début des douleurs, mais insuffisante pour les expliquer. L'état général de ces malades est troublé : lassitude, troubles nerveux, céphalées. Les jeunes filles voient leurs douleurs augmenter avec les menstrues et regresser par le repos. L'installation a généralement été progressive.

Parmi les causes prédisposantes, SCHANZ relève l'anémie, la chlorose, les accouchements répétés, les traumatismes et contusions du rachis, l'abandon d'un corset.

Les radios sont toujours négatives, la tendance à la guérison spontanée, nulle, mais avec des périodes d'amélioration et d'aggravation.

Tous ces symptômes font penser, dit SCHANZ, au Mal de Pott et au rhumatisme chronique vertébral de BESCHTEREW ? Mais ici, on ne trouve aucune lésion matérielle. Pour SCHANZ les causes sont celles qui paraissent affaiblir la capacité constitutionnelle du rachis et celles qui soumettent le rachis à un travail trop supérieur à cette capacité fonctionnelle. Si l'on impose au rachis un travail exagéré, il se produit dans les vertèbres un état subinflammatoire qui cause la sensibilité des vertèbres et des douleurs irradiées. Cet état irritatif peut retentir sur la moëlle, les méninges, expliquant la nervosité, les céphalées et l'exagération des réflexes rotuliens.

Dans un deuxième article de 1909, SCHANZ insiste sur l'apparition de la scoliose qui ne se développe jamais sans donner les signes de l'Insuffisance Vertébrale. Il conclut même que tant que les signes de l'Insuffisance Vertébrale sont très marqués, la scoliose est en voie d'aggravation. Quand ils disparaissent, le processus est stationnaire.

Enfin, au point de vue thérapeutique, SCHANZ résume ses indications dans le tableau suivant :

Cas légers :

Repos, massages rachidiens.
Gymnastique dans les cas très légers.

Cas moyens :

Repos, corset, massages modérés, thermothérapie.

Cas graves :

Cure de repos absolu dans un lit plâtré.
Corset spécial.

Après amélioration : massages et thermothérapie.

On ne parle plus guère aujourd'hui de « l'Insuffisance Vertébrale ». Nous avons voulu en donner un résumé fidèle et assez détaillé, car tout au long de notre travail, il sera facile de constater les nombreux points qui rapprochent la dorsalgie bénigne de la « maladie » de SCHANZ-DENUCE.

L'orthopédiste bordelais DENUCE a étudié, à partir de 1910, l'Insuffisance Vertébrale. Nous allons en quelques lignes voir les apports qu'il y fait.

Pour lui, le syndrome décrit par SCHANZ mérite le nom d'entité morbide. Il en a rencontré de nombreux cas et son élève BARDON en a groupé un certain nombre dans sa thèse parue en 1912. Au point de vue clinique, il a ajouté la notion de points douloureux para-rachidiens au niveau des apophyses transverses qui accompagnent presque constamment les points épineux. Il trouve aussi des points sur la crête sacrée, sur les parties latérales du sacrum. Tous ces points douloureux ne se manifestent que lorsqu'on les recherche.

Pour DENUCE il existe aussi des symptômes inconstants thoraciques : douleurs à la pression des côtes ou du sternum sur le trajet de divers nerfs intercostaux.

Ces deux auteurs ont essayé de montrer avec une remarquable finesse clinique, de quelle façon la colonne vertébrale et particulièrement dorsale était capable de provoquer des douleurs à son niveau ou à distance, sans présenter en elle-même de lésion précise. D'où le terme très suggestif « d'Insuffisance vertébrale ». Un petit trouble statique pouvait cependant apparaître, tardivement d'ailleurs, et en même temps que les signes cliniques.

Ce problème de la scoliose douloureuse avait été étudié antérieurement par KIRMISON et d'autres auteurs dans le cadre de la « scoliose des adolescents » et déjà, pour l'expliquer, diverses théories avaient été proposées :

— Théorie musculaire (MAYOW);

— Théorie ligamentaire (MALGAIGNE);

— Théorie osseuse :

Inflammation lente des vertèbres pour LORCINER DE Vienne;

Surcharge de la colonne vertébrale : ROSER et VOLKMANN;

Défaut de résistance ou rachitisme de l'adolescent.

La plupart des auteurs soulignaient que l'on ne cherchait pas la cause des douleurs dans un trouble purement osseux.

PERIODE ANATOMIQUE ET RADIOLOGIQUE

LA MALADIE DE SCHEUERMAN

Avec les perfectionnements de la radiographie nous atteignons l'aire de nouvelles découvertes.

En 1920, SCHEUERMAN décrit la maladie qui porte son nom. BROCHET de Genève, en a fait récemment une remarquable monographie.

On distingue deux stades à la maladie de SCHEUERMAN :

— le premier chez l'adolescent où elle est en évolution;

— le second chez l'adulte où il s'agit, en principe, de séquelles douloureuses.

Symptômes cliniques :

1°) Chez l'**adolescent** nous trouvons :

— une modification de l'axe vertébral (cyphose);

— une raideur modérée d'un segment vertébral;

— des douleurs diffuses.

2°) Chez l'**adulte** :

— souvent des manifestations douloureuses lombaires et dorsales hautes, parfois localisées à une seule apophyse;

— la lordose lombaire et cervicale ont souvent augmenté;

— à partir de trente à quarante ans, une arthrose s'ajoute aux lésions, car tissus, os, disques, ligaments sont soumis à des conditions statiques défavorables.

Symptômes radiologiques :

1°) Chez l'**adolescent** :

— plateaux irréguliers, feuilletés mais pas de contour flou;

— déformation cunéiforme de la partie antérieure d'une ou plusieurs vertèbres;

— tassement antérieur de plusieurs corps vertébraux, dorsaux ou lombaires;

— enfin hernie intra-spongieuse : corpuscule de SCHMORL.

2°) **Adultes :**

— tassement d'un ou plusieurs disques;

— arthrose surajoutée;

— ligne de dehiscence dans les processus épineux dorsaux.

(Fait très important, ces lignes seraient à l'origine des apophyses épineuses douloureuses et expliqueraient la douleur localisée unique.)

Au point de vue **microscopique**, on trouve dans la zone centrale du plateau une interruption de la ligne occupée par les îlots de dégénérescence amiantiforme et mucoïde, qui laisse passer le disque inter-vertébral très élastique et expansif. Celui-ci pénètre de plus en plus dans la spongieuse du corps vertébral formant une hernie de la taille d'un noyau de cerise à une amande. L'accroissement s'arrête lorsqu'une coque osseuse secondaire a fini par entourer le cartilage déplacé à l'intérieur du disque qui subit une dégénérescence fibreuse et se dessèche.

Un stade de troubles purement fonctionnels précède de plusieurs années les altérations morphologiques. Nous allons voir que ce serait l'inverse qui se produirait dans l'épiphysite de l'adolescent que nous décrivons maintenant.

L'EPIPHYSITE DE CROISSANCE :

Elle est souvent confondue aujourd'hui avec la maladie de SCHEUERMAN. Elle a été décrite en France par SORREL et a fait l'objet d'un chapitre de la thèse de son élève DELAHAYE (1924).

Le siège et les signes cliniques de ces deux maladies sont voisins, mais si les lésions radiologiques sont quelquefois associées, elles sont en fait, différentes; dans l'épiphysite, en effet, les plateaux sont intacts, les points épiphysaires volumineux, souvent même les coins antérieurs vertébraux semblent séparés du corps, simulant une fracture. Ces lé-

sions sont tantôt uniques, tantôt multiples, surtout dans la région dorsale moyenne, basse et lombaire haute.

Ces lésions se constituent tôt, entre dix et vingt ans, mais elles peuvent devenir douloureuses pendant l'âge adulte et ces séquelles d'épiphysite de croissance peuvent être une cause de dorsalgie bénigne.

MAYER, de Strasbourg, a bien précisé les aspects de l'épiphysite lombaire chez l'adulte jeune.

TRAVAUX DE SCHMORL ET DE L'ECOLE DE DRESDE

Ce fût le grand mérite de l'Allemand SCHMORL qui étudia plus de dix mille colonnes vertébrales sèches (1925-1933), de nous apporter toutes les précisions désirables sur l'anatomie pathologique du rachis.

Il donna le premier à la pathologie discale un substratum anatomique. Pour s'en convaincre, il suffira de lire la remarquable thèse de Georges MAURIC, parue en 1933.

Après avoir rappelé l'anatomie du disque inter-vertébral, MAURIC consacre un court chapitre à sa physiologie dans lequel il indique les mouvements permis à la colonne dorsale. Pour lui, le tassement et l'allongement sont physiologiquement impossibles. La flexion physiologique limitée, l'extension presque nulle, l'inclinaison latérale possible, ainsi que la rotation.

Il n'y a rien à ajouter à cette conception de la physiologie discale. Nous pensons cependant que si la flexion et l'extension sont peu importantes, on arrive avec un peu d'entraînement à en déceler assez facilement les anomalies.

Voyons maintenant avec MAURIC les résultats des travaux de l'Ecole de Dresde sur la pathologie du disque.

Pour SCHMORL, les altérations du disque consistent en :

1°) La persistance du tissu chordal, rare mais surtout au niveau des dorsales.

2°) Altération du noyau gélatineux :

a) Calcification, surtout entre D. 6 et D. 10;

b) Formations kystiques surtout lombaires.

3°) Altération de l'anneau fibreux :

— foyer de nécrose;

— hémorragie;

— dépôt calcaire;

— ossification de la périphérie du disque.

A partir de 50 ans il n'y aurait plus de colonne dont tous les disques soient intacts.

4°) Altération des lames cartilagineuses :

— déchirure;

— fissure rectiligne;

— zone de dégénérescence.

Toutes ces altérations ajoutées au micro-traumatisme sont les causes des hernies intra-spongieuses.

5°) Hernie discale intra-spongieuse :

(38 % des cas sur trois mille colonnes) siègent surtout sur les dorsales inférieures et les premières lombaires. Une très faible proportion est vue à la radiographie, variant de 0,5 % à 12 %, selon les auteurs.

La signification clinique de ces hernies est très discutée. Pour MULLER, il y aurait un rapport assez net entre la présence de ces hernies et l'existence de douleurs, mais il admet que hernie et douleurs sont la traduction d'un « état anormal du tissu osseux de la colonne ».

6°) Hernie du disque dans le canal spinal :

Fréquente 15,2 % des colonnes examinées, localisées sur les colonnes dorsales inférieures et lombaires hautes. SCHMORL et ANDRAE pensent qu'elles n'ont aucune importance. En fait, il s'agit certainement des hernies discales que l'on retrouve à la colonne lombaire et qui y provoquent souvent des compressions radiculo-médullaires.

Voici énumérées les découvertes de SCHMORL. Elles constituent un substratum anatomo-pathologique et radiologique des diverses algies vertébrales, et cependant, SCHMORL et ses collaborateurs pensent que la plupart des lésions qu'ils ont décrites n'engendrent pas de phénomènes douloureux. Ceci a été repris très souvent par les auteurs modernes et contrairement à ce que pensait SCHMORL, ces petites lésions congénitales ou acquises sont souvent le point de départ d'algies rachidiennes. Nous n'en voulons pour exemple que la hernie discale que SCHMORL a vu et décrite, mais qu'il n'a pas su classer dans son cadre véritable.

TRAVAUX PLUS RECENTS

Plus récemment on a voulu découvrir d'autres facteurs de douleurs vertébrales bénignes; on a invoqué des troubles du métabolisme phospho-calcique : mais si l'identification d'un certain nombre d'ostéopathies atrophiques (MILKMAN-LOOSER, Ostéopathies carentielles, Ostéopathies hormonales) a été réalisée ces dernières années, si la Physiopathologie du métabolisme phosphocalcique a fait de grands progrès en précisant le rôle des sels biliaires (qui favorisent l'absorption calcique) et le rôle des hormones stéroïdes (os folliculinique — RIEDL — Activité ossificatrice des œstrogènes — GARTNER — et peut-être des androgènes), il reste que dans la pratique ces considérations n'ont pas fait progresser beaucoup le problème des algies vertébrales banales.

Plus intéressantes, semble-t-il, sont les recherches sur les troubles statiques vertébraux : mais ce qui a été d'un si puissant intérêt à la colonne lombaire (DE SEZE) l'a été bien peu à la colonne dorsale ou d'ailleurs, à priori, étant donné la solidarité vertèbres-côtes-sternum, les problèmes statiques sont très différents et d'un ordre plus global.

Les ostéopathes admettent, cependant, que des troubles statiques minimes ont des conséquences notables sur le fonctionnement viscéral.

III. - Méthodes d'examen

EXAMEN STANDARD D'UN DORSALGIQUE

Nous avons essayé de schématiser l'examen clinique d'un dorsalgique et nous proposons le plan standard suivant :

I. — INTERROGATOIRE

Il doit être très poussé et s'attacher aux points suivants :

A. — Circonstances d'apparition

a) **traumatisme** ancien ou récent :

— Chute sur le dos ou parfois sur le thorax;

— Chocs violents ou répétés;

— Efforts brusques, le plus souvent pour retenir un poids qui va tomber, avec ou sans torsion de la colonne;

— Efforts répétés et inhabituels.

b) **opérations :**

— Alitement : pour les raisons les plus simples : appendicite, hernie, maladie infectieuse (grippe, thyphoïde).

c) **post partum :**

— Accouchement : nous chercherons à savoir s'il a été normal ou dystocique, s'il y a eu hémorragie de la délivrance. S'agit-il d'une primipare, d'accouchements rapprochés, d'une grossesse tardive.

Nous étudierons avec soin la courbe de retour du poids à la normale et nous saurons ainsi si la malade a gardé ou perdu du poids après sa délivrance;

— Allaitement : prolongé, mal réglementé.

B. — Habitudes musculaires :

Gestes quotidiens en rapport avec la profession :

— Position pendant le travail, exemple : la ménagère toujours voûtée sur son fourneau, la dactylo, la couturière toujours assises et penchées en avant, le menuisier, etc.;

— Préciser la hauteur de la table de travail ou de l'établi pour savoir s'ils sont proportionnés à la taille de l'individu;

— Changement de profession :

C'est le cas de l'étudiant qui abandonne ses études pour entreprendre un travail de force;

— Pratique du sport. Ici, plusieurs possibilités :

Le malade est un sportif : n'en abuse-t-il pas ?

A-t-il cessé brusquement d'en faire ?

Le malade n'est pas un sportif et se met brusquement à pratiquer.

Dans ces deux derniers cas, il y a changement brusque des habitudes musculaires, cause très fréquente de douleurs rachidiennes.

— Le surmenage sous toutes ses formes : intellectuel et physique.

C. — Cycle menstruel :

— Durée du cycle, des menstrues:

— Abondance des règles;

— Douleur les accompagnant ou les précédant;

— Augmentation de volume des seins;

— Augmentation du poids pendant le cycle, et à quelle période;

— Pertes sanglantes inter-menstruelles, règles de quinzaine.

Nous essayerons de voir s'il s'agit d'un dysfonctionnement d'une hypo ou d'une hyper-folliculinie. Nous n'hésiterons pas à faire appel aux examens spécialisés, à faire une biopsie de l'endomètre ou un examen des frottis vaginaux.

D. — Etat digestif et hépato-vésiculaire :

— Constipation ou diarrhée;
— Inappétence, dégoût électif;
— Aérophagie, aérogastrie;
— Pituite matinale;
— Petite intolérance aux œufs, aux graisses, etc.;
— Douleurs fréquentes dans la région vésiculaire.

E. — Siège des douleurs subjectives :

Il est souvent difficile à faire préciser, il varie souvent d'une consultation à l'autre. Que les douleurs soient hautes, moyennes ou basses, diffuses ou très précises, c'est l'examen clinique qui nous permettra bien souvent de conclure.

F. — Horaire, intensité et caractère des douleurs :

Ayant épuisé les diverses parties de ce questionnaire, nous passons à l'examen clinique proprement dit.

II. — METHODE D'EXAMEN CLINIQUE

Le malade étant complètement déshabillé nous étudions :

I. — LE DOS

a) **Position debout :**

Etude de la statique.

Le malade au garde-à-vous, le premier temps est uniquement visuel, nous plaçant à deux mètres du sujet.

Dans le plan sagittal :

Recherche de la cyphose;
Recherche de la lordose;
Recherche du dos plat;

Dans le plan frontal :

Alignement des épineuses.

Scoliose :

(Pour la recherche de la scoliose, nous utilisons le fil à plomb et les repaires de FROELICH) :

— Flèche de la ligne des épineuses;
— Elévation et saillie des omoplates;
— Indice thoracique;
— Triangle de la taille;
— Excentricité du thorax;
— Rigidité du rachis.

Etude de la Dynamique.

— Flexion en avant, extension en arrière du tronc :

Le sujet au garde-à-vous, les genoux tendus, essaye avec les mains de toucher le sol, puis de se pencher en arrière au maximum.

Dans un premier temps, placé derrière le sujet, on apprécie de visu la souplesse de la colonne dorsale.

Ensuite, le sujet continuant les mouvements de flexion et d'extension, la main gauche de l'examinateur étant appuyée sur le sternum, la main droite apprécie entre deux doigts, successivement, les espacements interépineux de D. 1 à D. 12. Ceci est assez difficile, mais avec un peu d'entraînement, on arrive à différencier les régions mobiles et immobiles.

— Flexion latérale ou inflexions :

Inclinaison à droite ou à gauche du sujet au garde-à-vous.

— Rotation (Manœuvre de MENNEL) :

Sujet assis, bassin fixe, mains à la nuque.

Nous jugeons les limitations et les douleurs provoquées par ces divers mouvements de la colonne dorsale.

b) **Position assise :**

Parfois nous découvrons des lésions passées inaperçues debout, mais le plus souvent, nous cherchons à savoir si les lésions constatées debout, sont aggravées ou corrigées par la position assise.

c) **Position couchée :**

Décubitus ventral, relâchement complet.

— **Palpation soigneuse des épineuses :**

Recherche des saillies;

Recherche des retraits, des épineuses qui ne sont pas dans le rang.

Recherche de la douleur provoquée :

— par la percussion des épineuses;
— par la pression des épineuses.

Recherche des points douloureux para-épineux au niveau des articulations costo-vertébrales.

Etude de la peau :

Qualité : fine, épaisse;
grasse, sèche;
adhérente aux plans profonds;

Sensibilité : Son palper provoque-t-il un érythème de pression ?
Signe du rouleau de WETERVALD.

Nous lui attribuons une grande importance car il nous renseigne sur l'adhérence, sur les territoires douloureux de la peau du dos et sur les troubles vasomoteurs.

Etude des muscles :

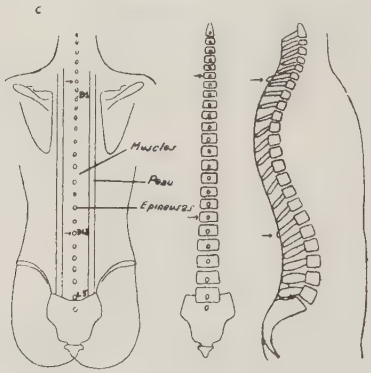
— Trapèzes
— Muscles des gouttières

par le palper nous apprécions :
leur développement : amyo ou hypertrophie,
leur tonicité,
leur sensibilité,
leur qualité.

Ils sont parfois asymétriques pour compenser une scoliose par exemple.

Tout cet examen sera résumé dans un schéma. (Voici celui utilisé dans le Centre de Rhumatologie de Toulouse) :

Schéma n° 1



CLINIQUE RADIO

II. — EXAMEN ARTICULAIRE COMPLET :

— Les côtes par la palpation;

— Recherche de la mobilité et de l'ampliation thoracique (voir si elle ne provoque pas de douleur);

— Etude des segments cervicaux et lombaires (troubles statiques cervicaux et lombaires associés);

— Enfin, il est indispensable de faire un examen rapide et complet de toutes les articulations pour ne pas laisser échapper une maladie rhumatismale polyarticulaire à début vertébral.

III. — EXAMEN RADIOLOGIQUE

I. — TECHNIQUE :

1°) Radio d'ensemble de la colonne dorsale :

a) Sujet debout :

— face;

— profil : radiographie per-respiratoire pour effacement des côtes.

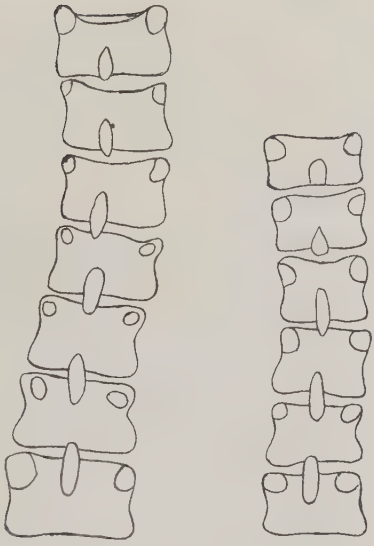
Ces radios permettront :

— l'étude statique par la recherche sur les clichés

de face de l'alignement des épineuses; elles nous permettront souvent de déceler une scoliose ou une inflexion qui n'était pas visible à l'examen clinique. (Schéma n° 2);

Schéma n° 2

SCOLIOSE. — Les épineuses n'occupent plus le centre du corps, indiquant qu'il y a rotation.



INFLEXION. — Cas de rotation des vertèbres. Les épineuses restent au centre de la vertèbre correspondante.

SCOLIOSE INFLEXION

— l'étude des articulations costo-vertébrales (surtout sur le 3/4);

— l'obliquité des côtes qui n'est pas toujours la même et détermine les thorax plats ou globuleux.

b) Sujet toujours debout, mais sous traction cervicale légère :

Nous utilisons cette technique par comparaison. Nous voyons ainsi si les petites scolioses, les petites cyphoses sont réduites par traction cervicale. Nous verrons plus loin que c'est très souvent le cas.

N. B. — Nous n'utilisons jamais pour le rachis dorsal la position couchée, estimant avec de nombreux auteurs que celle-ci corrige, fait disparaître une grande partie des petits troubles statiques, ou en crée d'artificiels.

2° **Radio centrée :**

— face et profil sur la région douloureuse. Nous étudierons :

— la forme;
— la texture;
— les corps;
— les disques.

— trois-quarts :

Pour l'étude des articulations costo-vertébrales. Ces dernières sont généralement peu étudiées et l'on trouve pourtant fréquemment des points douloureux à leur niveau.

EXAMEN BIOLOGIQUE

Il est moins important que les examens précédents et consistera surtout en l'étude :

1°) **De la vitesse de sédimentation;**

2) **Des épreuves fonctionnelles hépatiques :**

— galactosurie provoquée;
— bromosulfone phtaleine;
— test de Hanger;
— tubage duodénal;
— radiographie de la vésicule biliaire avec et sans préparation.

3°) **Des épreuves fonctionnelles génitales :**

— biopsie de l'endomètre;
— examen des frottis vaginaux;
— dosage : F.S.H. - folliculine Pregnandiol, auront pour but de préciser les troubles fonctionnels de l'appareil génital.

IV. - Diagnostic différentiel

Il consiste essentiellement à éliminer les « dorsalgies GRAVES » si on nous permet de réunir sous cette rubrique tout ce qui ne fait pas l'objet de cette thèse et qui présente à un degré plus ou moins grand une gravité certaine.

Le diagnostic de dorsalgie bénigne est certes un diagnostic d'élimination, mais avec cette notion particulière que dans cette pathologie dorsale, ce sont les affections **graves** qui sont les plus rares. C'est aussi une raison de « soigner » ce diagnostic différentiel car il est difficile au début et lourd de conséquences. Il faut bien à cette place souligner le dilemme qui se pose si souvent à nous en pathologie osseuse devant un diagnostic difficile même étayé sur des examens précis, et même après quelques mois de surveillance et d'observation. Il ne faut pas céder à la tentation de formuler un diagnostic précis en l'absence de preuves formelles et sous la pression du malade et de sa famille qui voudraient bien être « fixés ». Il faut se garder de conclure hâtivement... soit à une affection grave, par exemple un mal de Pott avec les conséquences thérapeutiques et sociales qui en découlent... soit à une dorsalgie bénigne, avec l'assurance de la bénignité, la thérapeutique anodine, l'absence de précautions et de surveillance.

Il faut prendre et faire prendre aux malades et aux familles de nouvelles habitudes, celles de savoir attendre le temps voulu à l'établissement d'un diagnostic formel. Celui-ci peut se faire attendre un an. Mais il faut :

1°) Mettre tout en œuvre des moyens les plus modernes pour établir un diagnostic;

2°) Revoir les malades tous les deux mois;

3°) Prendre des précautions au cas où il s'agirait d'une affection grave.

Cependant, il faut reconnaître qu'à la colonne dorsale les erreurs sont dans la règle assez faciles à éviter

1°) **Le mal de Pott et les autres ostéo-arthrites microbiennes particulièrement mélitococcique.**

On y pensera si la douleur est précise et localisée.

Le signe de la toux (avec ou sans radiculalgie), la raideur importante et segmentaire, un ou deux points douloureux épineux, toujours les mêmes, sont ses signes cliniques essentiels avec l'altération de l'état général et l'accélération (inconstante au début) de la vitesse de sédimentation.

La radiographie ne vaut qu'excellente et parfaitement centrée de face et de profil, répétée tous les mois ou tous les deux mois complétée d'une tomographie en pensant non seulement au mal de Pott vrai, c'est-à-dire aux lésions somatiques, mais aussi aux ostéites bacillaires vertébrales dorsales postérieures.

2°) **Le cancer vertébral secondaire.**

Les symptômes cliniques sont les mêmes que ceux du mal de Pott, mais avec, souvent, une plus grande diffusion des symptômes. C'est la radiographie et le contexte clinique qui font le diagnostic et nous ne reviendrons pas sur les signes radiologiques. Soulignons cependant un point essentiel. Les signes radiologiques sont en retard et il faut savoir les attendre et les voir apparaître sur des clichés successifs.

3°) **Le cancer primitif : la myélomatose.**

Nous ne reviendrons pas sur les symptômes de cette affection très étudiée ces derniers temps.

4°) **Les tumeurs bénignes,** particulièrement l'angiome, avec son aspect radiologique bien spécial, pouvant parfois évoquer une maladie de Paget.

5°) **La maladie de Paget rare à la colonne dorsale.**

6°) **Les décalcifications et ostéoporoses.**

Elles sont rares infiniment plus qu'on ne l'a pensé il y a quelques années sous l'influence d'une recrudescence des ostéoporoses de carences et ce diagnostic jusqu'à nouveaux progrès de la science doit être basé exclusivement sur des signes radiologiques formels et nets, qu'il s'agisse d'une simple raréfaction avec déformation plastique des vertèbres (ostéomalacie) ou aplatissement par infraction de vertèbres fragilisées et soumises à de légers traumatismes. Aucun symptôme biologique ne vient pour le moment aider ce diagnostic.

Il s'agit habituellement de sujets âgés, du sexe féminin, après la ménopause.

Une carence externe est actuellement rarement retrouvée et d'ailleurs le problème thérapeutique n'est pas résolu par le seul apport calcique.

7°) **La spondylarthrite ankilosante.**

Il est rare que la colonne dorsale soit touchée avec prédilection et presque exclusivement. En général, la colonne lombaire l'est préalablement, ce qui aide grandement au diagnostic.

Soulignons un point qui nous a paru un peu mis dans l'ombre par les différents auteurs : les points épineux si fréquents, si intenses et si nombreux dans la maladie en pleine évolution peuvent parfois être mis sur le compte d'une hypersensibilité de la peau comme nous l'avons constaté chez deux malades.

La cutalgie n'est pas un signe formel de dorsalgie bénigne.

CHAPITRE II

ANALYSE STATISTIQUE DE 150 DOSSIERS DE DORSALGIES BENIGNES

I. - Etiologie

1. — SEXE :

Sur nos cent cinquante dorsalgies nous avons relevé :

Cent cinq femmes;
Quarante-cinq hommes.

Donc environ deux tiers de femmes pour un tiers d'hommes.

2. — AGE :

Nous connaissons celui de cent quarante-cinq de nos malades : cent deux femmes et quarante-trois hommes.

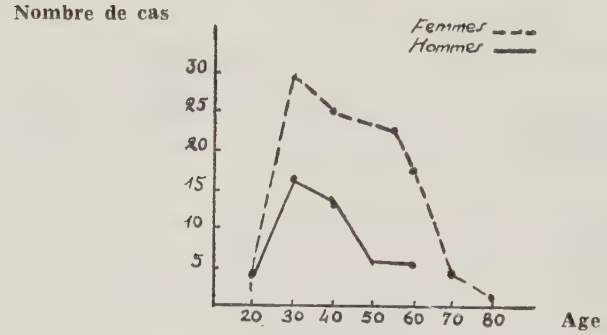
de 10 à 20 ans : 5 (3 hommes et 2 femmes)
20 à 30 » : 45 — 31,7 % (16 hommes et 29 femmes)
30 à 40 » : 38 — 26,2 % (13 hommes et 25 femmes)
40 à 50 » : 29 — 20 % (6 hommes et 23 femmes)
50 à 60 » : 23 — 15,8 % (6 hommes et 17 femmes)
60 à 70 » : 4 femmes
au-dessus de 70 : 1 femme.

La première constatation que nous tirons de ce tableau, c'est que la dorsalgie bénigne de l'adulte apparaît surtout entre vingt et trente ans (31,7 %) et qu'entre vingt et quarante ans, nous trouvons plus de la moitié des cas (57 %).

C'est donc une maladie de l'adulte et surtout de l'adulte jeune.

De plus, nous remarquons que 94 % de nos malades ont entre vingt et soixante ans, dont 78 % entre vingt et cinquante.

Schéma n° 3



Nous pouvons en conclure que la dorsalgie bénigne n'apparaît que très rarement avant vingt ans (3 %), et n'existe pour ainsi dire pas après soixante ans (3 %).

Si maintenant nous comparons le nombre d'hommes et de femmes atteints d'après leur âge, nous trouvons :

— de dix à vingt ans : trois hommes et deux femmes.

La proportion habituelle est ici inversée.

— de vingt à trente ans : seize hommes et vingt-neuf femmes, soit un total inhabituel d'hommes (un pour deux au lieu de un pour trois dans notre statistique globale).

Il en est de même entre trente et quarante ans, où nous avons treize hommes pour vingt-cinq femmes. Là encore un pour deux environ.

Ainsi donc, lorsque l'homme est atteint de dorsalgie bénigne, il l'est surtout entre vingt et quarante ans, période de la vie où l'activité est maximum. Il est peu touché après quarante ans et jamais après soixante.

La femme est, elle, à peu près également intéressée par la maladie entre vingt et cinquante ans, et un peu moins entre cinquante et soixante ans. Enfin, après soixante ans, nous trouvons encore quatre femmes, et une après soixante-dix.

3. — PROFESSION

Nous connaissons la profession de cent quinze de nos malades :

23 n'ont que des occupations ménagères;
5 sont commerçants;
9 dactylos ou comptables;
16 couturières;
15 intellectuels;
14 employés travaillant assis;
25 manœuvres ou travailleurs de force;
4 ouvriers agricoles;
4 travaux divers.

Il est remarquable de constater que les gens travaillant à la campagne souffrent peu du dos : Quatre cas seulement, et pourtant « la terre est basse ». Nous pensons qu'il faut en chercher l'explication en dehors de considérations statistiques réelles (clientèle citadine), dans le fait que dans le travail de la terre le surmenage vertébral est plus lombaire que dorsal.

Par contre, dans la majorité des professions atteintes, le travail implique une inclinaison du tronc en avant portant sur la colonne dorsale (travail assis, travail à un établi). Ainsi, les couturières, les dactylos, passent des heures le dos en cyphose, de même les intellectuels et les employés sont penchés sur la table. Les travailleurs de force parmi lesquels nous avons rangé les bonnes à tout faire font des efforts fréquents qui consistent à soulever des poids.

Ces professions réunies donnent un total de quatre-vingt-trois malades, soit 73 %.

Ainsi donc, si tous les travailleurs que leur profession oblige à effectuer leur travail penchés en avant ne font pas de dorsalgie (ouvrier agricole), les trois-quarts de nos malades travaillent dans ces conditions. Il existe une prédisposition certaine chez ceux que la profession oblige à de nombreuses heures en position de cyphose dorsale.

4. — CAUSES ET CIRCONSTANCES DECLENCHANTES

Nous n'avons relevé de cause déclenchante formelle que chez quarante-cinq malades, c'est-à-dire dans un tiers des cas environ. Mais nous pensons que chez beaucoup d'autres, l'interrogatoire n'a certainement pas été assez poussé et nous croyons que ce pourcentage est un peu faible

Sur ces quarante-cinq cas, nous avons :

16 post-partum, dont 7 allaitements;
11 traumatismes;

8 surmenages;

6 alitements pour maladie;

2 opérations;

1 choc émotionnel;

1 ménopause.

Le traumatisme est la cause le plus souvent rencontrée. Il occupe 25 % des cas ayant eu une cause déterminante connue et 7,5 % des cas de l'ensemble. Il peut s'agir d'un choc, d'une chute et d'un effort.

Seize post-partum : c'est le plus souvent quelques semaines après l'accouchement que la malade commence à souffrir. C'est rarement au moment du lever. Il y a ici deux mécanismes possibles :

— ou bien c'est l'acte lui-même et les perturbations glandulaires qu'il entraîne qui sont à l'origine du mal;

— ou bien, c'est le repos au lit et l'hypotonie musculaire qui sont en cause.

Dans sept cas, les douleurs sont apparues au cours de l'allaitement. L'allaitement est pour nous une cause déclenchante indiscutable.

Il faut souligner un point capital : dans la règle, il s'agissait de suites de couche perturbées au point de vue endocrino-métabolique avec, en particulier, une persistance du poids de grossesse. Beaucoup plus rarement un amaigrissement important, par rapport au poids antérieur à la grossesse.

Un seul cas de ménopause. Comme nous l'avons vu plus haut, à partir de la cinquantaine, la dorsalgie bénigne est nettement plus rare. Par contre, la ménopause est en cause comme facteur déterminant aggravant.

Huit cas de surmenage. Ces malades ont assez souvent un très mauvais état général, depuis un temps plus ou moins long. Ils ont dû augmenter leur rendement pour des raisons d'ordre privé (accroissement, perte d'un membre actif de la famille).

Six cas d'alitement pour maladie généralement peu grave : cinq grippes, une coqueluche. C'est au moment de se lever que le convalescent ressent pour la première fois une douleur dorsale. Faut-il ici faire intervenir le repos forcé qui provoque une atrophie musculaire rendant pénible la reprise de certains mouvements habituels ?

Dans les cas à début post-opératoire, les uns font intervenir l'incision; pour les autres ce sont les nerfs sectionnés ou l'atrophie des muscles blessés qui entraînent des perturbations statiques. Pour d'autres enfin, le repos forcé post-opératoire produirait une hypotonie musculaire s'extériorisant au moment de la reprise de l'activité.

II. - Clinique

A. — SIGNES FONCTIONNELS

1. — SIEGE DE LA DOULEUR

Nous avons divisé la colonne dorsale en trois segments :
— colonne dorsale haute de D. 1 à D. 4;
— colonne dorsale moyenne de D. 4 à D. 8;
— colonne dorsale basse de D. 8 à D. 12.

Sur 136 cas nous trouvons :
— 48 dorsalgies hautes, soit 35,5 % des cas;
— 28 dorsalgies basses, soit 20 %;
— 60 dorsalgies moyennes, ou mal topographiées, soit 44,5 %.

Ces chiffres nous montrent la prédominance des douleurs moyennes et hautes de la faible proportion d'atteinte des quatre dernières dorsales. Il semble y avoir là un segment rarement douloureux alors que les segments sus ou sous-jacents sont très souvent atteints.

Poussant plus loin nos investigations, nous avons cherché quel était dans chaque catégorie le nombre d'hommes et de femmes :

— dorsale haute :
30 femmes pour 18 hommes.
— dorsale moyenne :
50 femmes pour 10 hommes.
— dorsale basse :
16 femmes pour 12 hommes.

Les trois catégories envisagées ont des physionomies tout à fait différentes si l'on compare les chiffres. Un trait commun cependant : les femmes sont en majorité dans tous les cas. Mais si l'on peut considérer qu'il y a deux tiers de femmes pour un tiers d'hommes souffrant du rachis dorsal haut ou bas, il faut admettre que les dorsalgies moyennes sont l'apanage des femmes puisque six pour un homme en sont atteintes.

2. — CARACTERE DES DOULEURS

Si nous essayons de préciser le caractère de ces douleurs, nous constatons que bien peu de nos malades ont su en faire une description. Dans trente-et-un cas seulement, nous savons ce qu'ils ressentent. Pour les autres nous avons dû nous contenter de descriptions très vagues et inclassables :

4 se plaignent de pesanteur;
4 ressentent des tiraillements;
4 des brûlures;
3 des douleurs rongeantes;
3 souffrent en faisant certains mouvements;
9 ont des douleurs sourdes et diffuses;
4 seulement qualifient leurs algies de violentes et insupportables. 4 sur 150, c'est à peu près a proportion que nous voulons retenir de dorsalgies très douloureuses.

Nous donnons ces chiffres pour ce qu'ils valent. Il est certain que dans bien des cas nos malades n'ont pas subi un interrogatoire assez poussé sur le caractère de leurs douleurs.

Nous pensons cependant qu'il faut retenir l'imprécision du caractère algique très difficile à définir.

3. — APPARITION DANS LE NYCTHEMERE

Sur 104 malades nous avons constaté que :
31 souffrent continuellement;
36 le soir à la fatigue;
6 le matin au réveil et les douleurs disparaissent dans la journée;
14 souffrent en travaillant et les douleurs disparaissent au repos;
9 souffrent uniquement au repos et surtout la nuit.

Ces dernières sont des observations particulièrement curieuses, en voici un exemple :

Femme, 51 ans...

Réveillée toutes les nuits depuis un mois à la même heure par une douleur dorsale moyenne s'accompagnant d'oppression.

La douleur ne passe qu'après deux heures environ. Pendant la crise signe à la toux.

A l'examen : cyphose dorsale, points D. 1 à D. 6 et sur le cliché cuneisation de D. 6.

La nuit que suit la première séance de massage, amélioration de 80 %. Quinze jours après le début du traitement kinésithérapique, la malade ne souffre plus. Guérison depuis un an.

4 ne souffrent qu'après une station assise prolongée;
4 enfin ont des douleurs périodiques à type des douleurs ulcéreuses.

La grande majorité de nos malades, soit 64 %, souffrent continuellement ou le soir à la fatigue.

4. — CONTEXTE VERTEBRAL

Nous avons éliminé de notre travail toutes les atteintes du segment cervical et lombaire qui pouvaient donner des irradiations dorsales pour ne garder que les dorsalgies vraies. Parfois, nous allons le voir, celles-ci sont accompagnées d'un cortège rachidien de voisinage toujours léger et que souvent le malade ne nous signale pas. Notre malade, qui est avant tout un dorsalgique, a le droit de présenter une cervicalgie ou un lumbago. Ceci est d'ailleurs assez rare puisque sur cent cinquante malades :

13 se plaignent de nucalgie ou cervicalgie;
12 de lombalgies;
4 souffrent du cou et de la région lombaire;
3 enfin présentent une névralgie cervico-brachiale.

Trente-deux en tout, seulement 21 % de la totalité, présentent des troubles du rachis. Ces troubles sont secondaires dans tous nos cas et c'est la colonne dorsale qui est le point douloureux maximum.

5. — SIGNE DE LA TOUX OU DE L'ETERNUEMENT

Il est rare, nous ne l'avons trouvé que dans 14 cas, sur 150, soit moins de 10 %. Ceci s'explique facilement car il ne s'agit pas ici d'atteintes radiculaires que l'ébranlement provoqué par la toux peut accentuer. Le processus est ici très différent, nous le verrons plus loin.

B. — **SIGNES D'EXAMEN**

1. — EXAMEN VERTEBRAL DORSAL :

Le malade étant nu, vu de dos, dans un garde-à-vous corrigé par le fil à plomb, nous avons trouvé vingt-neuf **scolioses**

pour la plupart légères, dont douze **cypho-scolioses.** La cyphose est généralement peu importante.

La dynamique est presque toujours satisfaisante; dans quelques cas cependant (16) nous avons trouvé un segment dorsal peu mobile. Dans la flexion, la courbure du segment malade est de rayon plus grand que ceux des segments sains. Celui-ci correspondait toujours à la région douloureuse.

Dans le décubitus ventral, le malade en relâchement complet, les bras le long du corps, nous avons recherché les points douloureux :

— Les **points épineux** sont fréquents; nous les retrouvons chez cent vingt malades, ils sont généralement localisés sur un petit nombre d'apophyses (Fréquence du point D 6).

— Les **points para-épineux** (pression sur les lames par l'intermédiaire des muscles des gouttières), sont sensibles chez soixante-trois malades. Ils sont souvent associés aux points épineux et parfois aussi aux douleurs cutanées.

— En effet, dans cinquante-trois cas nous avons un signe du rouleau positif, la palpation, le masser-rouler de la peau sont douloureux (**cutalgie**). Souvent le masser-rouler provoque une douleur suivant une bande sus-épineuse correspondant aux points épineux et rendant l'appréciation de ces points discutable. Dans la majorité des cas cette cutalgie est haut située (D 1 à D 8).

Dans quelques cas, les trois types de points douloureux sont réunis. C'est assez rare. Nous avons alors prédominance d'un des trois processus.

Nous résumons les résultats de cet examen clinique dorsal dans un schéma commode et nous reviendrons sur l'état de la peau et sur tous ces points au moment de la classification.

	Total	Isolés	Associés
Points épineux	120	25	95
Points para-épineux et musculaires.	63	11	52
Cutalgies.	53	6	47

2. — AUTRES ARTICULATIONS

En faisant un examen articulaire complet de nos cent cinquante malades nous avons constaté que dix seulement présentaient des phénomènes douloureux au niveau d'articulations autres que vertébrales.

Proportion très faible de l'ordre de 6,5 %.

La plupart de ces atteintes articulaires sont banales et aucune n'est en rapport direct avec les troubles dorsaux : craquements dans une épaule, arthrose d'un coude, rhizarthrose des pouces, douleur métacarpo-phalangienne localisée, genuvalgum, gonalgie, voici le type des associations rencontrées. Elles sont essentiellement banales et peuvent se rencontrer chez tout le monde.

3. — EXAMEN VISCERAL

Seuls le fonctionnement hépato-digestif et le fonctionnement génital ont paru souvent perturbés.

1°) **Troubles hépato-digestifs** :

Nous avons relevé cinquante-huit cas. Il ne s'agit certes pas de troubles hépato-vésiculaires nets et graves; la plupart du temps nous n'avons trouvé qu'un dégoût pour certains aliments (œufs, graisse, choux, chocolat), des troubles du transit intestinal, des douleurs de l'hypocondre droit et, à l'examen, un point de Murphy net.

Nous n'avons jamais observé ou presque d'ictère chez ces malades. Quel est donc la nature de ces troubles digestifs ?

Dans l'ensemble, il nous paraît s'agir de troubles fonctionnels en rapport avec un dysfonctionnement du sympathique abdominal, ces troubles prédominant soit au niveau de la vésicule, soit au niveau du colon.

Mais un autre élément est également à considérer, c'est celui d'une hépatite légère en rapport avec des troubles métaboliques généraux si fréquents chez ces malades.

Nous y reviendrons. D'ailleurs, ces troubles digestifs sont souvent accrus dans la période pré-menstruelle ou apparaissent seulement par crise et à cette occasion-là ! De plus, les écarts de régime, le surmenage, les ennuis de toute sorte sont

souvent des circonstances qui déclenchent ces manifestations ainsi que de fréquentes céphalées, du type migraine. Ces symptômes sont ceux du syndrome hépato-ovarien de HUET.

Nous n'avons malheureusement pas, dans l'ensemble, étudié d'une façon précise le fonctionnement hépato-vésiculaire de ces malades. Mais nous n'avons jamais noté chez eux de symptômes faisant penser à une lithiase et ceci nous paraît important.

On fera remarquer que bien des sujets présentent un ou plusieurs des symptômes que nous venons de décrire. Mais ici la proportion est trop forte pour ne pas être prise en considération et c'est cinquante-huit de nos malades qui en sont atteints, soit 40 %. Parmi ceux-ci un homme pour deux femmes (dix-neuf hommes, trente-neuf femmes), soit 38 % du nombre total de femmes. Sur trente-neuf femmes, nous en avons trouvé trente qui présentent en même temps un dysfonctionnement génital, donc trois sur quatre et ceci nous a paru très important. Nous allons y revenir tout de suite.

2°) **Appareil génital :**

Si trois sur quatre de nos digestives sont en même temps des « ovariennes », une sur deux des ovariennes sont des digestives. En effet, nous avons soixante-sept femmes présentant des troubles de dysfonctionnement génital, c'est-à-dire 44,6 % du nombre total des dorsalgiques et 64 % du nombre total de femmes. Trente d'entre elles sont des digestives, soit un peu moins de la moitié.

Les troubles fonctionnels ovariens ne sont pas tous du même ordre et de la même importance, mais ils existent et on est frappé par la place qu'ils occupent. Nous classerons très simplement ces troubles en quatre catégories.

Nota. — Dans trois cas l'examen clinique de l'appareil génital nous a permis de découvrir deux annexites et une rétroversion. Ces lésions organiques, que nous n'avons que rarement observées chez nos dorsalgiques, représentent certainement un facteur aggravant. Tous les autres troubles génitaux sont purement fonctionnels.

a) **Les hyperménorrhéiques :**

Sont au nombre de douze, soit 18 % des ovariennes et 11,5 % du nombre total de femmes. Nos douze malades ont des règles abondantes, douloureuses et irrégulières, un cycle court, une période pré-menstruelle troublée par des migraines ou des troubles psychiques. Vers le milieu du cycle elles res-

sentent des douleurs lombo-pelviennes, de la tension des seins, et parfois des pertes pseudo-menstruelles, tous symptômes caractéristiques de l'hyperfolliculinie clinique.

b) **Les hypoménorrhéiques :**

Dix-huit cas soit 26,8 % des ovariennes, 17 % du nombre total de femmes. Ce sont des oligoménorrhées s'accompagnant souvent de bouffées de chaleur, de migraines. Elles perdent peu et pendant deux jours au maximum, préparant le plus souvent une ménopause précoce.

c) **Les dysménorrhéiques** (Sept cas) :

Menstrues irrégulières très pénibles, très douloureuses, nécessitant le repos allongé et les analgésiques puissants. Elles correspondent à une aggravation des douleurs dorsales. Elles sont assez rares et ne représentent que 10 % des groupes des ovariennes et moins de 7 % du total des femmes.

d) **Les aménorrhéiques (ménopausées, castrées) :**

Nous arrivons maintenant à l'important groupe des ménopausées qui comporte trente cas dont quatorze castrées.

Plus de la moitié (45 %) de nos malades présentant des troubles ovariens sont aménorrhéiques, 28 % du total des femmes.

Or, nous avons dit plus haut qu'après cinquante ans, la dorsalgie bénigne est rare et nous n'en avons relevé entre cinquante et soixante-dix ans que vingt-sept cas. La raison en est simple. La plupart de ces « ménopauses » sont précoces, qu'il s'agisse des quatorze castrées dont sept se répartissent entre vingt et trente ans ou des seize ménopauses normales, naturelles dont quatre se placent avant quarante ans et cinq entre quarante et cinquante ans.

Les seize cas de ménopause que nous pouvons qualifier de précoces, mais aussi de naturelles, puisqu'elles n'ont pas été provoquées par la thérapeutique, doivent-elles aussi être considérées comme troubles d'ordre génital ? Nous pensons qu'il en est ainsi, car dans tous les cas la disparition des règles s'est accompagnée de bouffées de chaleur, migraines, nervosismes, courbatures et autres symptômes qui n'ont pas disparus avec la fin de la période ménopausique. Pour la plupart de ces malades, les douleurs dorsales préexistantes n'ont fait que croître avec la fin de la vie génitale.

Dans aucun cas la ménopause n'a provoqué une disparitoin de la dorsalgie

Les castrées dont le nombre est élevé, 21 % des troubles génitaux et 13 % du chiffre total de femmes, présentent toutes au maximum les troubles de la castration qui sont les mêmes que ceux de la ménopause, mais plus marqués.

Nous l'avons montré, la castration pas plus que la ménopause ne peut être la cause déterminante de la dorsalgie, mais c'est souvent sur un terrain castré qu'évolue le mal. Alors que la dorsalgie apparaît souvent avant la ménopause, et est aggravée par elle, ici nous constatons que c'est plusieurs mois ou plusieurs années après la castration qu'apparaissent les premières douleurs.

Pour nous, le terrain très spécial des femmes castrées les expose particulièrement aux dorsalgies et aux algies en général. Ce terrain est fait d'éléments multiples et notre but n'est pas de revenir sur ces notions, mais nous voulons souligner parmi les éléments de ce tempérament « algogène » : l'obésité d'eau et de graisse, l'état dépressif, l'instabilité vasomotrice.

Pour en revenir à notre cas, nous notons une seule castration par radiothérapie pour treize hysterectomies totales.

Ainsi donc, nous venons de mettre en évidence chez nos femmes dorsalgiques d'étroites relations existant entre les troubles hépatiques et génitaux ovariens. Il faut surtout retenir que sur cent cinq femmes :

39 sont des hépatiques ou des digestives;
67 présentent des troubles ovariens;
30 ont en même temps des troubles digestifs et ovariens.

Etat psychologique :

Nous avons été frappés tout au long de notre enquête par le mauvais état psychique de certains de nos malades. Nous avons trouvé parmi eux de petits nerveux, des émotifs, des anxieux aux réflexes souvent vifs. Les uns ont subi des chocs émotionnels et ne peuvent reprendre le dessus. Les autres sont des pessimistes de base.

C'est une très forte proportion qui nous paraît posséder un terrain psychologique particulier, puisque nous en comptons quarante-neuf, soit un tiers de nos cent cinquante malades. Parmi ceux-ci : trente femmes pour dix-neuf hommes,

soit sur un total de 33 % : 20 % de femmes et 13 % d'hommes.

Nous insistons sur le fait que nos anxieux sont des anxieux préalables, c'est-à-dire que dans la presque totalité des cas où le psychisme est nettement imparfait, il l'était avant l'apparition des douleurs. Celles-ci sont interprétées en fonction de ce tempérament, avec ce que cela comporte dinquiétude. Les malades croient être gravement atteints et le terme dont on abuse de « décalcification » n'est pas pour leur redonner de l'optisme.

Ce terrain si spécial est une cause des échecs que nous enregistrons dans le traitement de nos malades. Nous y reviendrons dans un autre chapitre.

Vitesse de sédimentation

Nous l'avons pratiquée dans soixante-dix cas.

Dans cinquante-trois, soit 76 %, elle est normale. Dans dix cas, soit 14 %, elle est sub-normale ou légèrement élevée, c'est-à-dire 8 à 14 mm. dans la première heure. Enfin dans 10 % des cas chez sept de nos malades, la première heure est au-dessus de 14, mais ne dépasse jamais 25 mm.

Dans un cas où la S.R. était à 25 mm. dans la première heure, après un mois de traitement elle était redescendue à 11.

Nous pouvons conclure que la vitesse de sédimentation est dans l'ensemble normale dans la Dorsalgie bénigne de l'adulte puisqu'on peut considérer que seulement 10 % des cas ont une S.R. franchement accélérée. Nos malades n'ont donc pas d'élément « inflammatoire » surajouté.

III. - Analyse radiologique des 150 cas

Nous avons fait à nos cent cinquante malades des radiographies systématiques de la colonne dorsale, face et profil, centrées sur les points douloureux.

Nous avons classé les résultats obtenus dans quatre grands cadres :

1. Absence de signes radiologiques;
2. Troubles statiques isolés;
3. Lésions disco-somatiques diffuses;
4. Lésions disco-somatiques localisées.

Nous allons reprendre un à un ces quatre groupes et voir ce que nous avons classé dans chacun d'eux.

1. Absence de signes radiologiques :

Malgré des douleurs dorsales nettes et parfois même très localisées, dans 24 % de nos cas nous n'avons trouvé aucun signe radiologique. Donc, un malade sur quatre environ souffre sans substratum radiologique. Cette constatation est d'une grande importance pratique. Il ne faudra pas taxer de pithiatique le sujet dont la douleur ne correspond à rien sur les clichés, mais en chercher ailleurs la cause. Nous verrons que celle-ci peut être de plusieurs ordres

2. Troubles statiques isolés :

Ce sont les plus nombreux : 32 %.

5 % de cyphose haute;

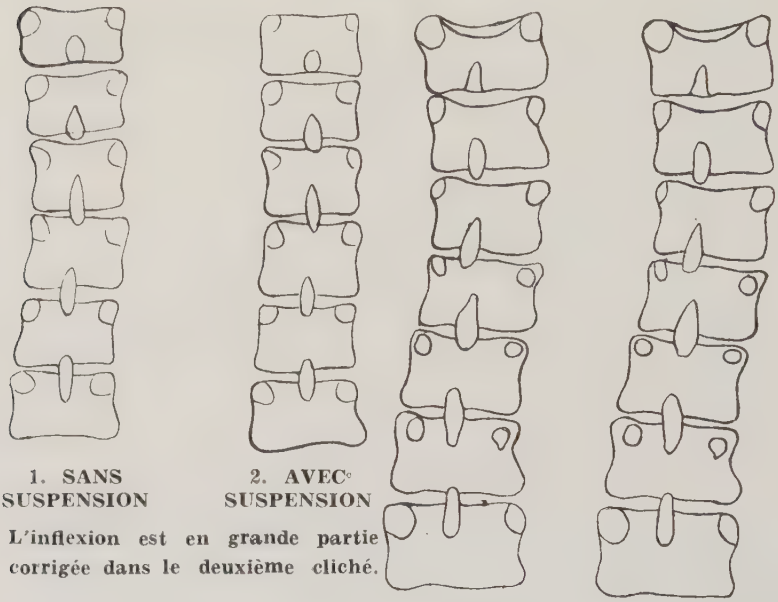
4 % d'inflexion dorsale haute;

23 % de scoliose à plus ou moins grand rayon.

En relisant notre travail, nous nous attendions à trouver un plus grand nombre d'inflexion haute. Au début, nous

n'avions pas l'habitude de rechercher ces inflexions et nous les rangions directement dans le cadre scoliose. Quoi qu'il en soit, scoliose et inflexion représentent une partie importante des lésions statiques des colonnes dorsales douloureuses. Les cyphoses hautes son assez rares mais très typiques.

Schéma no 4



1. SANS SUSPENSION — 2. AVEC° SUSPENSION

L'inflexion est en grande partie corrigée dans le deuxième cliché.

1. SANS SUSPENSION — 2. AVEC° SUSPENSION

Pas de modification de la scoliose.

3. **Lésions disco somatiques diffuses** (22 %) :

7 % d'épiphysites typiques;
12 % de dorsarthroses typiques;
3 % de cas mal classés.

Les séquelles d'épiphysite de croissance sont donc bien des causes de dorsalgies bénignes qui ne peuvent manquer d'entrer dans notre cadre. Les dorsarthroses typiques sont moins fréquentes qu'on ne l'imagine puisque seulement dix-sept malades sur cent cinquante en sont atteints. Elles sont constituées ici par de petits pointements ostéophytiques, des leppings siégeant sur plusieurs groupes vertébraux. La dor-

sarthrose, qui est si fréquente après la quarantaine, n'est donc généralement pas douloureuse.

Nota. — Dans un ordre d'idée opposée, de nombreux malades venant consulter pour troubles digestifs ont été radiographiés et on a eu la surprise de trouver des remaniements considérables de la colonne dorso-lombaire (Cunéisations, ostéophytes énormes, tassement et déformations des corps vertébraux) dont le malade n'a jamais souffert. Y a-t-il là un rapport entre les troubles digestifs et vertébraux ?

Enfin, 3 % de cas mal classés pour lesquels il est difficile de faire un diagnostic radiologique entre arthrose et séquelle d'éphysite. Ce sont des cas « à cheval » rentrant dans le même cadre.

4. Lésions discales ou somatiques isolées.

Ici encore 22 % dont :

8,5 % de cunéisation;
5,5 % d'encoches (hernie intra-spongieuses);
4 % de calcifications nucléaires;
4 % de couples ostéophytiques isolés.

Dans ce groupe nous avons réuni les lésions radiologiques localisées correspondant la plupart du temps à un point douloureux unique ou maximum.

La cunéisation porte le plus souvent sur une vertèbre, deux au plus; généralement, il s'agit de la vertèbre qui occupe le sommet d'une scoliose à grand rayon.

Les encoches à type de hernie intra-spongieuse sont assez peu fréquentes, parce que rarement décelables à la radio. Sont-elles vraiment le substratum des douleurs ? Il semble dans la petite proportion de cas où nous les avons rencontrées (8/150), qu'elles correspondent bien à des points douloureux. Il est permis de penser que parfois les douleurs ne reposant sur aucun signe radiologique ont pour substratum des hernies invisibles sur le film standard. La tomographie, dans les rares cas où nous l'avons pratiquée, a parfois apporté cette preuve.

Les calcifications nucléaires, antérieures pour la plupart, sont rares ainsi que les couples ostéophytiques isolés. Mais, si les premières ne correspondent pas toujours à des points douloureux, dans tous les cas le couple est le support d'une douleur localisée nette.

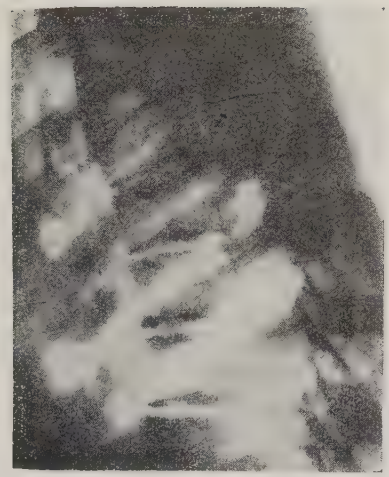
Colonne de « guingois ».
Les vertèbres sont asymétriques et non rectangulaires

Image d'arthrose costo-vertébrale D.9, D.10, D.11

Petite cyphose dorsale moyenne avec pincements discaux antérieurs et début d'arthrose

Cyphose par cunéisation de deux vertèbres dorsales (épiphysite probable)

Image d'arthrose avec ostéophites
Double contour
du bord antérieur de D.9.



Maladie des plateaux
avec petite hernie intra-spongieuse
SCHEUERMAN ?

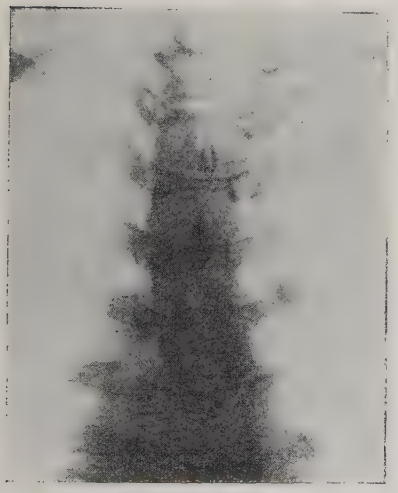


Image de scoliose avec rotation
de D.4, D.5, D.6

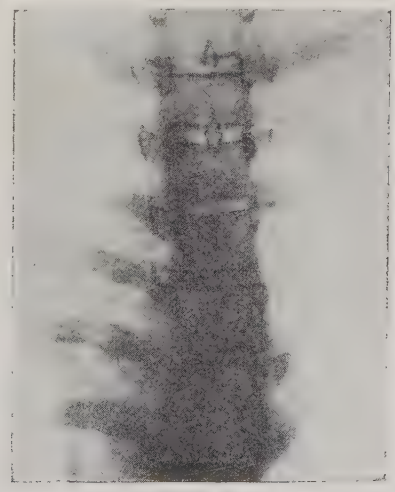


Image d'inflexion dorsale haute
Point de départ en D.5, D.6

Ajoutons que, dans trois cas, une **arthrose costo-vertébrale** notable nous a paru être la cause essentielle des douleurs.

On remarquera que nous ne parlons pas de la Décalcification. Nous ne l'avons jamais rencontrée de façon nette. Pas d'ostéoporose typique chez nos dorsalgiques. Beaucoup nous arrivent avec ce diagnostic, nous nous refusons pour l'instant à considérer comme décalcifiées des images rachidiennes qui sont dues pour la plupart à des incidences radiologiques.

Nos dorsalgies ne sont généralement pas très douloureuses mais l'on s'attend toujours à des lésions radiologiques plus importantes que celles que l'on trouve. Une radio sur quatre est négative. Les trois autres ne présentent que des lésions le plus souvent banales et fort peu en rapport avec la ténacité des algies.

IV. - Analyse des méthodes de traitement et des résultats thérapeutiques

TRAITEMENT

Il est avant tout symptomatique. La Dorsalgie bénigne est un syndrome qui nous paraît homogène, mais comme tout syndrome, c'est un groupement de symptômes dont le lien nous échappe souvent. Voici les éléments de ce traitement.

I. — TRAITEMENT DE LA COLONNE VERTEBRALE :

Les troubles statiques sont traités par la gymnastique de posture. La méthode est simple. Schématiquement elle consiste à faire placer le sujet entre deux glaces et à lui apprendre à corriger les attitudes anormales que nous avons constatées.

Les lésions disco-somatiques diffuses par l'iode intra-musculaire et la radiothérapie.

Les lésions disco-somatiques isolées, par les manipulations vertébrales aux résultats spectaculaires mais peu durables, par la radiothérapie centrée et dans quelques cas exceptionnels très douloureux, nous avons envisagé la greffe vertébrale.

2. — TRAITEMENT DU DESEQUILIBRE MUSCULAIRE

Par la rééducation musculaire progressive avec massages toniques. Il s'agit d'une gymnastique progressive et dirigée pour la reconstitution d'une musculature déficiente avec plusieurs séries de vingt massages des régions hypotoniques.

Par la correction des habitudes professionnelles. Résul-

tats spectaculaires et définitifs, en faisant hausser un établi ou élever le dossier de la chaise d'une dactylo. Souvent une petite correction transforme la profession du malade.

3. — TRAITEMENT DE L'HYPERESTHESIE CUTANEE

Nous avons utilisé l'Histamine sous forme de boule dans la région cutanée douloureuse; la Novocaïne sous-cutanée sur les épines et les points douloureux. Enfin les massages vibratoires nous ont donné de bons résultats.

4. — TRAITEMENT DU TERRAIN ET DES TROUBLES VISCERAUX

Il a donné lieu à une plus grande variété de médications.

— Traitement psycho-thérapique et régulateurs neuro-végétatifs (Calcium, anti-histaminiques, Maxiton, Belladone. Barbituriques).

— Traitement hormonal : hormones mâles surtout chez les castrées, les ménopausées et ceux chez qui l'élément endocrinien semble avoir une place de choix.

— Traitement soufré pour les hépato-vésiculaires (Sodothiol).

— Les extraits hépatiques et la vitamine B. 12 ont été utiles chez des malades ayant des troubles digestifs et des modifications anormales du poids.

— Le régime chez les digestifs et les obèses.

RESULTATS THERAPEUTIQUES

Nous les classons sous les rubriques suivantes :

Résultats négatifs, amélioration nette, amélioration passagère, guérison.

Comme nous le disions dans l'introduction, il est difficile de grouper un nombre important de résultats, car les malades sont assez rarement revus. Notre statistique porte sur cinquante-deux cas suivis de un à deux ans, soit environ (un tiers de malades traités) :

10 guérisons;
28 améliorations durables;
8 améliorations passagères;
6 échecs.

20 % de guérisons c'est assez peu pour une maladie bénigne et nous verrons que le plus souvent la guérison définitive intéresse les malades dont nous avons corrigé les mauvaises habitudes professionnelles.

54 % ont une nette amélioration. Ne sont plus gênés pour travailler et ont une vie a peu près normale. En les ajoutant aux 20 % de guérison nous pouvons considérer que 74 % de nos malades ont obtenu un bon résultat.

15 % ont des améliorations passagères. Ce sont les sujets qui tirent bénéfice d'une série de massage, de traction ou de manipulation. Mais ce bénéfice est court : deux à trois mois, parfois quelques jours. Une nouvelle série thérapeutique les calmera de nouveau pour quelque temps.

C'est la catégorie dans laquelle il faut classer les psychopathes, les hépatiques, les ovariens. Ils vont mieux, mais souffrent ailleurs un peu plus haut ou un peu plus bas et si l'amélioration est certaine, il n'y a jamais guérison complète.

Enfin, dans 11 % des cas les malades ne sont pas améliorés et cela malgré la mise en train de tout l'arsenal thérapeutique que nous venons d'indiquer. La proportion n'est pas très grande, mais assez nette cependant.

La plupart des malades peu ou pas améliorés souffrent surtout de la peau et des muscles. Ceci nous a donné l'idée d'étudier au moyen de l'histamine intra-dermique la sensibilité musculo-cutanée. Nous allons donner ici les modestes résultats de ce travail.

V. - Intra-Dermo-Réaction à l'Histamine

Les auteurs ayant utilisé le test à l'histamine ont tous retrouvé les trois points de la triade de LEWIS. Les voici décrits par Jacques de BEAUVAIS dans sa remarquable thèse sur l'intra-dermo réaction à l'histamine.

1. Le point rouge : inconstant et difficile à constater lorsqu'on blesse un capillaire;

2. L'œdème, dur, nettement limité (de 1 à 2 cm. de diamètre), variant suivant les régions;

3. L'érythème : il traduit la vaso-dilatation capillaire, sa couleur et son étendue dépendent du sujet.

Nous avons pratiqué le test chez vingt-deux malades, voici la technique employée :

Technique : Pour pouvoir comparer nos résultats, nous injectons chaque fois le même produit (hista-dimili) et la même quantité (1/10^{e} de cm^{3}) avec une seringue à Insuline graduée. Les intra-dermo sont pratiquées dans les régions de douleur maxima : épineuse, musculaire, cutanée. Nous faisons aussi une boule témoin dans une région saine du dos. Nous observons le point d'injection, la boule d'œdème et, de minute en minute, les réactions vaso-motrices qui se produisent, ceci jusqu'à leur disparition. Enfin les réactions d'ordre général : nous ne parlerons pas de ces dernières qui ne nous ont pas semblé présenter d'intérêt.

OBSERVATION N° 1

M. M..., 38 ans, sujet amaigri, très mauvais moral, souffre de la région dorsale moyenne. Point de Murphy net, vomissements fréquents, nausées, ne supporte pas les graisses.

La statique vertébrale est bonne avec cependant une légère inclinaison à gauche du thorax et de la tête. La dynamique est bonne mais douloureuse. La peau du dos est souple, mais rougit facilement au toucher.

Points douloureux épineux D. 4, D. 5, D. 6, D. 7.

Points para-épineux musculaires surtout à gauche, au niveau de D. 4, D. 5 et D. 6.

La peau n'est pas douloureuse.

Les radios sont négatives.

Nous avons pratiqué trois intra-dermo-réactions : une sur l'épineuse de D. 5., une sur les muscles des gouttières gauches au niveau de D. 6., une sur la peau saine de la région sus-scapulaire droite. En voici les résultats condensés :

Point épineux D. 5	Point musculaire gauche D. 6	Point cutané
1' Léger point hémorragique	Pt hémorragique Apparition rougeur	Pt hémorragique
2' Erythème rose, 2/2	Erythème 3/3	Pas d'érythème
3' Rouge, 3,5/3,5	Rouge : 3,5/3,5	Pâle 2,5/2,5
10' 5/5	4/4	3/2
Début de la régression	Régression	Irrégularité Flammèche rose
20' Erythème en voie de disparition	Disparition	Disparition complète
30' Disparition complète		

Nota. — Les chiffres sont exprimés en centimètres.

En outre, **la boule d'œdème** avait un diamètre de 1 cm. 5 sur le point épineux et sur le point musculaire; sur le point cutané sain, elle était un peu plus étalée.

OBSERVATION N° 2

Mme R..., groupe n° 1, cinquante ans, a présenté entre quinze et vingt-trois ans, trois crises de R.A.A. Souffre actuellement du cou, de la nuque, de la région dorsale haute. Sa S.R. est normale, son état psychologique mauvais, statique et dynamique dorsale normales. A la radio, petite scoliose dorsale moyenne avec pointements ostéophytiques légers en D.1., D.2., D.3., D.4. jusqu'à D.9. Point douloureux épineux de D. 1 à D. 4. Muscles para-épineux bi-latéraux douloureux de D. 1 à D. 7. Cutalgie, cellulite dorsale moyenne de D. 1 à D. 8. La peau est très adhérente au tissu cellulaire

sous-cutané, sensible surtout dans la région malade (véritable couenne se décolorant facilement).

Nous avons fait trois injections intra-dermiques, une sur l'épineuse D. 1, une dans la région latérale droite correspondant à D. 2, région d'algie musculaire et cutanée maximum, enfin une dans une région saine (D. 9).

Voici les résultats :

— Points épineux : pas de point hémorragique, picotement local très vif, boule d'œdème de 2 cm². Le maximum de l'érythème qui est d'un rouge vif régresse à la septième minute. La disparition n'a lieu qu'au bout d'une heure.

— Le point musculo-cutané : picotement léger, point hémorragique, boule de 2 cm., érythème maximum septième minute, disparition en 45'.

— Région saine : pas de picotement, pas de point hémorragique, boule de 2 cm., régression dès la cinquième minute, disparition en 45'.

OBSERVATION N° 3

Femme de cinquante-quatre ans, souffre du dos depuis très longtemps à la suite d'un accouchement. Les douleurs sont constantes, augmentées par le travail, ménopausées, point de Murphy et nausées matinales. Colonne cervicale un peu raide et douloureuse aux mouvements.

Epineuses douloureuses de D. 1 à D. 7 avec maximum de D. 3 à D. 6. Muscles des gouttières très sensibles à la pression, dans la région droite de D. 3 à D. 12. Cutalgie de cette même région avec rouleau très positif. Peau grasse se décolorant au palper mais peu épaisse et peu adhérente.

Le test à l'Histamine pratiqué en trois points n'a pas provoqué de point hémorragique. L'érythème le plus important et le plus long à disparaître (trois heures) a été sur le point épineux, alors que dans la région normale il disparaissait en 1 h. 30. On a observé un picotement local et des flammèches diffusant dans tout le dos.

Il serait fastidieux d'énumérer les résultats des autres expériences :

Dans quatre cas, nous avons opéré chez des sujets normaux, chez eux nous avons fait un point épineux, un musculaire et un cutané. Dans tous les cas, les trois résultats étaient **superposables** chez chaque sujet.

Par contre, les points les plus douloureux nous ont toujours donné un érythème plus important, plus coloré et surtout plus long à disparaître que les points moins douloureux ou sains.

En conclusion nous pouvons dire que :

1. La région de douleur maximum provoque une vaso-dilatation maximum;
2. Cette réaction vaso-motrice anormale est due à des circonstances locales;
3. On peut admettre un état d'hyper-excitabilité neuro-capillaire dans les régions les plus douloureuses;
4. Cet état d'hyper-excitabilité est probablement lié à une modification de l'état de la peau, voisine de celle que nous trouvons dans la cellulite.

En résumé, cette étude n'a fait que confirmer notre impression d'une atteinte de la peau dans un grand nombre de cas de Dorsalgies bénignes. Faut-il parler de cellulite dans tous les cas ? Nous ne le pensons pas.

CHAPITRE III

SYNTHESE

Nous avons essayé de classer les cent quarante-cinq cas de dorsalgies bénignes de l'adulte que nous avons étudiés (5 ont été éliminés car incomplets).

Il nous a paru qu'il y avait trois types de malades, d'où trois catégories de dorsalgies bénignes :

— Les dorsalgies hautes ou myalgies de posture;

— Les dorsalgies mal topographiées des « hépato-ovariennes »;

— Les dorsalgies basses nettement topographiées.

	HAUTES	BASSES	MAL TOPOGRAPHIEES
Nombre de cas	40 = 27,5 %	25,5 % (37)	68 = 47 %
AGE	Entre 19 et 60 ans avec max. entre 20 et 40 (24)	Max. entre 20 et 40 (25)	20 à 60 ans max. entre 20 et 50 (53)
SEXE	Les deux 23 F. et 17 H.	Les deux	Féminin
PROFESSION	Travail assis	Travail de force	Indifférentes ou s. prof.
TROUBLES HEPATIQUES	Rares	Rares	Très fréquents
TROUBLES GENITAUX	Rares	Rares	Très fréquents
ETAT PSYCHOLOGIQUE	Assez bon	Bon	Mauvais
VITESSE SEDIMENTATION	Normale	Normale	Parfois subnormale ou accélérée (20 %)
RADIOGRAPHIE	Inflexion Scoliose	Lésions localisées	Peu ou pas de signes
THERAPEUTIQUE	Gymnastique de posture	Rayons X massages	Médicaments
RESULTATS	Bon	Souvent peu durables	Médiocre

I. — DORSALGIE HAUTE OU MYALGIE DE POSTURE

En voici une observation :

« Mlle B..., âgée de vingt ans, est sténo-dactylo depuis un an. Elle souffre de la région haute et médiane du dos, entre les omoplates, depuis trois semaines, à la suite d'un surmenage professionnel.

Etat général bon. Nervosisme net. Les douleurs sont légères; il s'agit plutôt « d'une gêne » qui apparaît à la fin de la journée de travail. La malade se trouve bien le dos appuyé à un dossier. Pas de signe à la toux. Pas d'irradiation. Rien aux autres segments vertébraux et aux articulations. Les règles sont longues (une semaine) ainsi que le cycle (trente jours). Pas de troubles hépato-digestifs.

Examen cardio-pulmonaire : Négatif. Une cuti pratiquée récemment est négative. La vitesse de sédimentation est à 5 mm. dans l'heure.

L'examen de la colonne nous montre : une bonne statique, une mobilité normale. Des points épineux douloureux D. 1, D. 2, D. 3, D. 4, D. 5. Pas de douleur para-épineuse à la palpation, mais sensibilité de la peau. « Cutalgie » au niveau des cinq premières dorsales avec signe du rouleau positif. Pas de cellulite vraie.

La radiographie d'ensemble de la colonne dorsale de face nous montre une inflexion droite avec point de départ en D. 4. Le profil est négatif. Le traitement institué : gymnastique de posture, massages, maintient la guérison depuis un an. »

Voici un cas typique de dorsalgie haute de posture. Il convient d'insister ici sur l'attitude professionnelle. La malade a adopté, pendant ses heures de bureau, une position de travail défectueuse qui s'est aggravée pendant un an et dont les effets se sont fait sentir à l'occasion d'un surmenage. L'état général est bon. Il n'y a pas de troubles viscéraux en dehors de règles un peu longues, mais n'entraînant aucune douleur. L'état psychologique est sub-normal, ce qui n'est pas la règle; dans la plupart des autres cas nous avons trouvé un excellent équilibre psychique. Vitesse de sédimentation normale Enfin, l'examen statique et dynamique du rachis est négatif. Il ne faut pas perdre de vue que la région dorsale haute est la plus difficile à explorer et c'est souvent la radiographie

qui nous donne une indication. Ici, la pression des apophyses épineuses de D. 1 à D. 5 est douloureuse, ainsi que le tissu cutané correspondant. Pour la peau, la manœuvre du rouleau de WETERWALD pratiquée avec douceur réveille la douleur au niveau des régions intéressées. Dans d'autres cas, nous avons une sensibilité des muscles des gouttières et des irradiations douloureuses vers les omoplates.

La radiographie montre dans le cas présent une inflexion à point de départ D. 4. C'est le cas le plus fréquent. L'inflexion est souvent légère mais indiscutable (voir schéma n° 2, page 31). Parfois, nous avons une petite scoliose à court rayon. Il ne faut pas confondre scoliose et inflexion comme nous l'avons fait tout d'abord. Alors que la scoliose est constituée par une rotation vertébrale avec une courbe de la ligne des épineuses tendant à revenir dans l'axe vertical, l'inflexion marque un angle parfois très obtus mais net avec l'alignement des épineuses et n'a pas tendance à se compenser. Enfin, alors que la scoliose est définitive, l'inflexion est souvent réductible par une thérapeutique bien conduite qui consiste en gymnastique surtout. Mais aussi par la correction de la position de travail ; par exemple, on modifiera la hauteur de la chaise ou de l'établi pour l'accorder à la taille de l'individu.

Le massage sera utilisé dans les cas où les muscles et la peau sont intéressés, massages légers, vibratoires, pressions glissées trois fois par semaine par série de vingt.

Les résultats sont généralement excellents C'est dans ce cadre que nous enregistrons les succès les plus constants et durables.

II. — DORSALGIES BASSES NETTEMENT TOPOGRAPHIEES

OBSERVATION N° 1 (378)

Femme de vingt-six ans, ménagère, souffre depuis un mois et demi, à la suite d'un surmenage, de douleurs dorsales basses, surtout vives à la pression. Depuis quelques années la malade a tendance à se voûter. Aucun trouble viscéral à signaler. La vitesse de sédimentation est normale.

A l'examen, bonne statique avec cependant une scoliose dorso-lombaire; dynamique imparfaite avec un segment dor-

sal inférieur peu mobile. La palpation de l'épineuse de D. 10 révèle une douleur violente; les muscles et la peau sont insensibles.

A la radiographie on retrouve la scoliose et au niveau de D. 10 une calcification du nucleus pulposus.

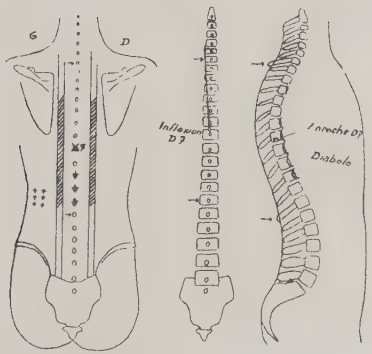
Traitement : rayons X localisés sur la région. Massages.

L'amélioration ressentie dès les premières séances n'a pas persisté. On a dû faire plusieurs séries de massages et radiothérapie. La malade revue récemment est améliorée mais non guérie.

OBSERVATION N° 2

M. D..., vingt-quatre ans, manœuvre. En 1943, « déchirure musculaire » de la région dorsale basse. Récemment traumatisme par chute sur le dos et, depuis, algie dorsale basse, gauche, continuelle et augmentée par certains mouvements. Signe à la toux faiblement positif. Il y a une irradiation douloureuse vers les côtes correspondantes du côté gauche. La sédimentation globulaire est normale. L'examen général négatif. Le rachis présente une bonne statique, une rigidité du segment inférieur dorsal. Les points épineux D. 9, D. 10. D. 11, très douloureux, un point D. 7 moins vif. Cutalgie de D. 3 à D. 10 et un placard douloureux dans la région latérale gauche, partant de D. 10, D. 11. Sur la radiographie d'ensemble de face, légère inflexion à point de départ D. 6. D. 7 présente sur son bord inférieur une encoche nette. Le disque

Schéma n° 5



CLINIQUE RADIO

D. 9-D. 10 est pincé. Sur le profil, nous retrouvons l'encoche de D. 7. L'allure générale des vertèbres D. 6 à D. 11 est en diabolo avec petits pointements ostéophytiques. Le traitement a consisté en massages, gymnastique et iode. La guérison est totale depuis deux ans.

Dans ce groupe nous trouvons indifféremment les deux sexes : le terrain est moins riche, l'état psychologique plutôt bon et peu de troubles hépato-ovariens.

III. — DORSALGIES MAL TOPOGRAPHIEES DES HEPATO-OVARIENNES

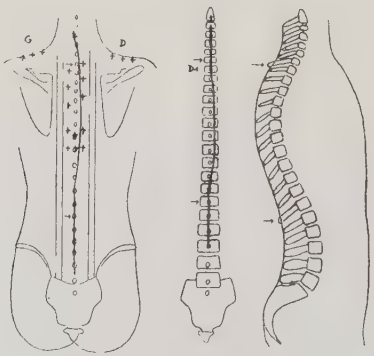
Nous n'avons pas hésité à leur donner ce nom car, sur soixante-huit malades que nous avons groupés dans ce cadre, cinquante et un présentent des troubles ovariens et trente-six des troubles hépato-vésiculaires.

En voici deux observations typiques :

OBSERVATION N° 1

Femme, vingt-huit ans, sans profession, souffre depuis six mois de la région dorsale moyenne, surtout le soir et à la

Schéma n° 6



CLINIQUE RADIO

fatigue. La malade nous avoue être « très nerveuse ». Elle est irrégulièrement réglée et nous trouvons à l'examen un

utérus fibromateux. Constipée, anorexique, elle ne supporte ni œufs, ni matières grasses, ni pâtisseries. La vitesse de sédimentation est normale.

A l'examen du rachis, nous notons une légère scoliose dorsale droite, mais une souplesse conservée. Les épineuses D. 6 D. 7 sont douloureuses. La pression des muscles des gouttières des deux côtés est douloureuse de D. 1 à D. 9 ainsi que la peau dans tout ce territoire. Cellulite douloureuse des épaules (trapèze). A la radio, nous avons la confirmation de la scoliose droite à grand rayon avec sommet en D. 6.

Le traitement a consisté en massages, extraits soufrés, extraits hépatiques. Amélioration.

OBSERVATION N° 2

Femme de vingt-cinq ans, sans profession. Souffre depuis un an de la région dorsale moyenne surtout, mais avec irradiation vers les parties sus et sous-jacentes. Les douleurs sont brûlantes, permanentes, empêchant de dormir. La malade est un peu « nerveuse » mais courageuse. Elle a été castrée à l'âge de dix-neuf ans et présente le cortège de troubles inhérents. Point de Murphy net. Diarrhée fréquente. Cellulalgie pré-hépatique. Sédimentation globulaire normale : 2 mm. dans l'heure.

A l'examen : une légère scoliose dorsale gauche. La dynamique est normale. Points douloureux épineux de D. 2 à D. 12. Cellulalgie très vive de toute la région sans épaississement de la peau. Cellulo-myalgie des trapèzes. La radiographie est négative, montrant seulement la scoliose. Le traitement a consisté en massages, sodothiol, extraits hépatiques (Hormonothérapie). Légère amélioration.

Voici deux exemples typiques pris parmi beaucoup d'autres de dorsalgies des hépato-ovariennes. Elles représentent 47 % du nombre total des dorsalgies. C'est donc le groupe le plus important qui comprend uniquement des femmes puisque seulement cinq hommes peuvent y être assimilés. C'est entre vingt et cinquante ans que nous trouvons la plupart des malades. La profession est variable, mais très souvent il s'agit de femmes n'ayant d'autres occupations que la direction de leur maison.

C'est ici que nous trouvons un terrain particulier prédominant :

— 21 cas de dystonie neuro-végétative, émotivité;

— 36 cas de troubles hépatiques, de dystonie vésiculaire;

— 51 cas de dysfonctionnement génital.

Nous ne reviendrons pas sur ces notions que nous avons décrites ailleurs.

Les douleurs sont souvent diffuses mais difficiles à localiser, généralement elles intéressent la colonne dorsale moyenne.

Peu de modification statique et dynamique du rachis dorsal. Quelques points épineux douloureux, souvent des douleurs des muscles des gouttières et encore plus souvent une cellulalgie ou même une cellulite importante.

Il ne faut pas oublier que nous avons ici affaire à des insuffisantes ovariennes qui sont le plus souvent des femmes grasses, à la peau épaisse et très sensible, aux muscles déficients.

Au point de vue radiologique, souvent rien. Parfois une petite scoliose, jamais de lésions importantes ni typiques. La vitesse de sédimentation est le plus souvent normale. Cependant treize des dix-sept cas de sédimentation subnormale ou élevée entrent dans ce groupe. Treize cas sur soixante-huit, ce n'est pas négligeable. Il est probable qu'ici doit intervenir le facteur hépatique ou génital avec les états inflammatoires qu'il peut entraîner.

La thérapeutique pratiquée est : le massage, l'infiltration locale pour la myalgie et la cellulalgie; le traitement médicamentaux pour le dysfonctionnement hépato-ovarien : œstrogène, progesterone ou endrogène de synthèse lorsque le bilan génital a été parfaitement établi; la médication soufrée pour la vésicule (Sodothiol), extraits hépatiques (Ficarmone).

Dans les cas où cela nous semble nécessaire nous utilisons la cuprothérapie et les régulateurs neuro-végétatifs : Calcium, Phénergan, Maxiton, Barbiturique, Belladone.

Les résultats sont le plus souvent médiocres. Ce sont des malades inquiets très difficiles à améliorer et les échecs sont fréquents.

Voici classées les dorsalgies bénignes. Cette classification est sans prétention, car elle repose sur un nombre de malades peu élevé. Les trois catégories sont assez nettement différenciées et englobent tous les cas que nous avons rencontrés.

CHAPITRE IV

Essai physiopathogénique

Il nous faut envisager deux groupes de faits différents.

PREMIER GROUPE

Dans le premier groupe la douleur est précise, elle correspond à une lésion notable, localisée et de même topographie. Un traumatisme a déclenché la crise douloureuse aux dépens d'une région pathologique de la colonne vertébrale.

C'est le cas habituellement dans notre **groupe 3** où nous avons pu remarquer en outre qu'il s'agissait d'individus chez lesquels on ne retrouve souvent rien d'autre à l'interrogatoire et à l'examen. Il semble que dans ces cas le problème est simple : par exemple une discopathie dégénérative avec un disque usé, fendillé, qui solidarise mal les deux vertèbres qu'il sépare, sera le point de départ d'un syndrome douloureux, localisé en ce point, avec ou sans irradiation en segment de ceinture, sous l'effet d'un effort qui bouscule ce couple mal uni et entraîne une espèce d'entorse intervertébrale ou interapophysaire, ou costo-vertébrale (peut-être celle où l'on note l'irradiation le long d'une côte).

En somme, c'est pour ces cas le même problème que dans les si fréquentes arthroses lombaires où la douleur évolue souvent par crise de lumbago. Tout n'est pas résolu; l'entorse est trop profonde pour être reconnue avec certitude cliniquement. Mais cette hypothèse est logique, en accord avec l'évolution et les procédés thérapeutiques les plus sûrs

Ce raisonnement sera valable également pour les calcifications discales, les arthroses costo-vertébrales, les scolioses avec un empilement menaçant, etc..., et les circonstances traumatiques déclenchantes multiples.

DEUXIEME GROUPE

Dans le deuxième groupe, le plus nombreux, le problème est infiniment plus complexe.

La douleur est diffuse, parfois variable d'un examen à l autre dans sa topographie; les modifications ostéoarticulaires légères, anciennes ou absentes; le traumatisme n'est pas retrouvé.

C'est pour ce problème que les solutions proposées ont été multipliées au cours des années :

Voici les principales :

A) LE PITHIATISME

On l'a invoqué devant ces malades qui se plaignent tout le temps, qui sont des nerveux, qui se plaignent de partout et suivent les cabinets de spécialistes à la recherche de celui qui voudra bien s'intéresser à leur cas.

Le terme de **névralgie spinale** de Brodie résumait cette idée qu'il ne fallait chercher la cause de ces douleurs dorsales que dans la psychologie de la malade.

En fait, le pithiatisme est revenu dans des normes plus satisfaisantes et l'on ne doit pas s'en servir pour masquer son insatisfaction diagnostique et thérapeutique.

Le terrain psychologique spécial sur lequel nous avons bien insisté et qui est d'ailleurs habituellement antérieur, n'explique rien des douleurs dorsales de ces malades et ne doit servir qu'à colorer le fond du tableau et nous aider à comprendre l'ensemble. Il est évidemment ennuyeux pour le patricien, car il exagère indûment les inquiétudes du malade et retarde la guérison.

B) LA DECALCIFICATION

C'est le terme qui a fait fortune après celui de névralgie spinale, mais avec encore moins d'arguments, semble-t-il. On sait quelle est la difficulté d'apprécier le degré de décalcification de la trame vertébrale sur un film radiographique lorsque celle-ci se trouve dans les limites de la normale : Que de soi-disantes décalcifications sont à mettre sur le compte de la qualité du film lui-même, ou de l'épaisseur des parties

molles ! Les « calcimètres » n'ont pas résolu le problème, pas plus que les épreuves biologiques.

Et force est de reconnaître que chez nos malades, la décalcification vertébrale n'est pas en cause. Ils ont d'ailleurs été soumis à la calcithérapie sans succès, ou du moins sans succès durable.

Il semble, en effet, que chez nos malades dystoniques neuro-végétatifs, le calcium est un élément de rééquilibration humorale et musculaire probablement utile.

Par ailleurs, on voit difficilement comment un léger trouble du métabolisme calcique vertébral, inappréciable par nos procédés d'investigation, entraînerait des douleurs, tandis que l'on voit dans les syndromes authentiques de décalcification ou d'ostéoporose carencielle ou sénile, à quel point le processus est intense quand les premières douleurs apparaissent.

Il n'est pas exclu cependant que dans le syndrome qui nous occupe, en plus des modifications des parties molles, il existe des modifications squelettiques infra-cliniques associées; mais pour le moment ceci n'est qu'une hypothèse.

Donc ces malades ne sont pas des « fonctionnels » purs, ce ne sont pas des décalcifiés au sens courant et valable de ce terme. On peut se demander s'il ne faut pas rechercher la cause de leurs douleurs « en surface » au niveau des apophyses épineuses, de la peau du dos, des muscles spinaux; c'est l'idée des hypothèses suivantes.

C) L'APOPHYSITE EPINEUSE

Le problème du « point épineux ». Les auteurs qui l'ont défendu, en particulier TAVERNIER, pensent que tout le mal réside dans une douleur d'insertion à plusieurs étages, comparable à l'épicondylite et répondant à l'insertion sur les apophyses épineuses des fibres tendineusés et aponévrotiques des muscles vertébraux.

En fait, leur argumentation n'est pas entièrement convaincante.

Ils reconnaissent l'absence de signes radiologiques.

Ils parlent de l'effet miraculeux, mais malheureusement passager, des infiltrations de novocaïne et surtout de l'effet durable de l'apophysectomie.

En réalité, ces points épineux posent le problème si curieux et si passionnant de la douleur épineuse, de cette dou-

leur élective ressentie à la pression des épineuses dans les différents syndromes douloureux dorsaux.

Il nous semble que ce problème est vaste et mérite que l'on s'y arrête :

— Dans le cas d'une lésion osseuse ou articulaire grave (carie tuberculeuse, destruction néoplasique, arthrite aiguë), on imagine assez simplement que la mobilisation de la ou des vertèbres malades par la pression forte sur l'épineuse puisse, mobilisant le foyer, réveiller une douleur. Il est vraisemblable que nous sommes là devant une réalité comme le prouvent les interventions sous-anesthésies locales.

— Mais comment admettre cette explication dans notre cas où il suffit d'une pression légère sur des vertèbres que l'on a toutes les raisons de penser saines, pour réveiller une douleur parfois aiguë ? Et que penser de l'obtention de cette douleur par le simple pincement ou masser-rouler de la peau sus-épineuse ?

Dans ces cas il faut envisager plusieurs hypothèses, non seulement celle d'une douleur d'insertion, d'une apophysite, mais aussi celle d'une simple cellulite ou celle d'une action sur les branches postérieures des nerfs spinaux qui, justement, dans la région dorsale, se terminent au sommet de l'épineuse. Il peut s'agir de l'expression douloureuse d'une lésion du nerf au niveau, soit de l'axe médullaire, soit de la méninge, soit du rachis, soit du muscle et du tissu cellulaire.

Le problème n'est pas simple. La sensibilité de la peau et aussi la diminution de cette sensibilité sous l'effet de la novocaïne sous-cutanée, nous paraissent indiquer que l'origine des douleurs est à rechercher dans une atteinte de la peau elle-même ou dans un irritation des filets nerveux terminaux spinaux postérieurs.

D) LA CELLULITE

Comme nous venons de le dire, elle n'est pas seule en cause. Elle n'est qu'un symptôme pour lequel d'ailleurs le terme de cellulite ne nous paraît pas toujours valable. Pour notre part, nous nous contentons de souligner l'importance et la fréquence de la sensibilité cutanée surépineuse.

En somme, si l'on tient compte des idées justes exprimées dans ces diverses théories, c'est à une compréhension synthétique de ce syndrome qu'il faudrait aboutir :

Certains auteurs ont esquissé des théories correspondant à ce besoin de relier entre eux les symptômes si nombreux et si divers qui se trouvent groupés chez nos malades.

Après une analyse clinique très fine, FEUTELAIS, montrant à juste titre la fréquence des troubles digestifs chez ces malades, envisage le rôle de la colibacillose sur l'état général et sur tout l'ensemble vertébral. Il s'agit cependant d'une colibacillose bien fruste, l'auteur le reconnaît lui-même. Dans ces conditions, il est bien difficile d'en tenir compte en toute rigueur.

Dans le cadre des dorsalgies de la grossesse, BRET et ses collaborateurs, bien qu'abusivement centrés sur la décalcification, ont envisagé une action hormonale faisant intervenir la folliculine.

Quant à nous, nous nous bornerons à attirer l'attention sur la fréquence avec laquelle nous avons retrouvé chez les femmes présentant des dorsalgies mal topographiées, des troubles digestifs, menstruels, et un embonpoint allant parfois jusqu'à l'obésité. Chacun de ces trois syndromes étant observé seul ou associé à l'un ou aux deux autres.

Notre statistique et les procédés d'investigations employés sont insuffisants pour permettre l'élaboration d'une théorie pathogénique; nous nous contenterons donc de poser les données du problème en rappelant brièvement les relations entre, d'une part le fonctionnement hépato-vésiculaire, d'autre part le couple hypophyso-ovarien et en troisième lieu l'articulation prise dans son ensemble.

Inter-relations hépato-ovariennes

A) Rôle du foie sur le métabolisme des œstrogènes.

Le foie inactive les stéroïdes en les glycuro ou sulfo-conjuguant (fonction détoxifiante du foie). Cette fonction peut être altérée expérimentalement par des régimes carencés en choline ou en méthionine, et pathologiquement soit au cours des carences, soit au cours de certaines hépatites graves. Les lésions anatomiques qui s'accompagnent de l'altération de cette fonction sont réversibles mais cependant profondes.

B) Action des œstrogènes sur le foie et la vésicule biliaire

a) Les œstrogènes (comme les extraits hépatiques, d'ailleurs), ont une action lipotrope, à tel point qu'expérimenta-

lement leur carence favorise l'infiltration graisseuse du foie (et des tissus) provoquée par les moyens diététiques (carence en choline et méthionine).

b) Les œstrogènes, par leur action parasympathicomimétique, ont une action inhibitrice sur la sécrétion biliaire et une action atonisante sur la vésicule (créant un terrain favorable à la stase biliaire et à la formation de calculs).

Action des œstrogènes sur le métabolisme de l'eau

Une rétention hydrique plus ou moins marquée accompagne les surcharges œstrogéniques, physiologiques ou pathologiques.

— Physiologiquement, on sait que les sensations de tension douloureuse pré-menstruelles au niveau de l'hypogastre correspondent à l'acmé folliculinique et s'accompagnent d'une augmentation de poids en relation avec un bilan hydrique négatif.

— Pathologiquement, on retrouve ces mêmes phénomènes cliniques et biologiques au milieu du cycle dans les hyperœstrogénismes s'accompagnant de règles de quinzaine.

Conséquences ligamentaires de certains troubles endocriniens

Certaines périodes de la vie génitale féminine (règles, post-partum, ménopause naturelle ou artificielle), sont marquées par des phénomènes de relâchement ligamentaire (affaissement de la voûte plantaire). Chez les patientes présentant des phénomènes arthrosiques, il n'est pas rare que ceux-ci, quiescants auparavant, se révèlent douloureux pendant ces périodes. Endocrinologiquement, ces époques de la vie sont marquées par un hypo-œstrogénisme et corollairement par une hyper-sécrétion gonado-trophique hypophysaire.

De ces considérations, il ressort que les bases d'une expérimentation tendant à élucider le rôle — si rôle il y a — du couple hépato-ovarien dans la genèse des dorsalgies féminines mal topographiées, reposent sur les examens fonctionnels :

1. Du foie, et surtout de sa fonction détoxifiante (épreuve de la bromo-sulfone-phtaleine, épreuve de la galactosurie provoquée);

2. De la vésicule biliaire (radiographie sans et surtout avec préparation);

3. De la fonction ovarienne (frottis vaginaux, biopsie de l'endomètre, dosage biologique de la folliculine, dosage chimique des phénol-stéroïdes);

4. Du métabolisme hydrique;

5. De l'hypophyse sexuelle (dosage des gonado-trophines hypophysaires).

CHAPITRE V

CONCLUSIONS

De l'analyse clinique et radiologique de cent cinquante cas, de ce que nous appelons la dorsalgie bénigne, nous avons voulu essayer de dégager les notions suivantes :

1° Le syndrome de dorsalgie bénigne est d'une grande fréquence. 10 % des consultants de rhumatologie. Il intéresse plus souvent la femme que l'homme (deux tiers des cas) et surtout l'adulte de vingt-cinq à quarante-cinq ans.

2° Ce syndrome est caractérisé par la pauvreté des modifications ostéo-articulaires cliniques et radiologiques, ce qui a pu faire parler autrefois de pithiatisme, de « névralgie spinale ».

3° En fait dans les cas de dorsalgies nettemente localisées, on découvre des modifications vertébrales banales, mais qui paraissent être la cause unique ou prédominante des douleurs. Ces cas correspondent soit à des dorsalgies hautes avec trouble statique dorsal haut (scoliose ou inflexion), soit à des dorsalgies basses, parfois irradiées le long d'une côte, correspondant à la lésion d'un disque, d'un couple vertébral, ou à une lésion costo-vertébrale ou inter-apophysaire.

4° Plus intéressant et plus compact est le groupe des dorsalgies mal topographiées, c'est lui qui a retenu plus particulièrement notre attention. Il s'agit de femmes se plaignant de douleurs diffuses, sans signe radiologique (ou avec signes « minces » et chez lesquelles l'examen clinique révèle des symptômes curieux au niveau de la peau : hyperesthésie, infiltration cellulitique, réaction vaso-motrice anormale, réaction à l'Histamine exagérée.

De plus, on rencontre chez elles des troubles viscéraux dans la sphère digestive et génitale qui les apparente à ce que l'on a appelé les « hépato-ovariennes ».

Le traitement de ces cas nous a paru essentiellement médicamenteux ou diététique. Dans ce cadre nous avons soulevé les problèmes concernant les relations entre, d'une part le fonctionnement hépatique, d'autre part, le fonctionnement hypophyso-ovarien et en troisième lieu l'état de la peau et des parties molles.

Le Président de Thèse,
MERIEL.

VU : *Le Doyen,*
Pour le Doyen : l'Assesseur,
BRUSTIER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Toulouse, le 17 octobre 1951

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université
P. DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

AIMES. — Algie spinale de Brodie. (**Rev. Rhumatisme,** janvier 1949.)

ALQUIER. — La cellulite. (**Masson,** 1933.)

ARLET. — Dorsalgie de l'adulte. (**Rhumatologie,** avril 1950.)

AZEMA. — Développement de l'ampliation thoracique et de la capacité respiratoire dans le traitement des scolioses par la gymnastique respiratoire et la Spiroscopie en cure hélio-marine. (**Thèse Montpellier,** 1940-1941.)

BAASTRUP. — Revue de Radiologie et d'electro. (1932-1934.)

BARDON. — Contribution à l'étude de l'insuffisance vertébrale. (**Thèse de Bordeaux.**)

BRET et BARDIAUX. — Algies de la colonne vertébrale (D4-D7), au cours des manifestations rapportées à l'hyper-folliculinie. (**Société de Gynécologie et Obstétrique de Paris,** 5 juin 1950.)

BRET et BARDIAUX. — Scoliose douloureuse et décalcification au cours de la grossesse et de l'allaitement.) (**Semaine des Hôpitaux,** 14 juillet 1949.)

BROCHER. — Maladie de Scheuerman. (**Rev. du Rhumatisme,** juin 1948.)

BRODECK (Olaé). — Compression médullaire par angiome vertébral. (**Acta Radiologica,** pp. 234-242, fig. 4.)

BRUN (Jacques). — Le traitement des algies vertébrales par les injections anesthésiantes locales. (**Thèse de Paris,** 1950.)

BUFNOIR et LEGRAS. — Sur un mode de début du Rhumatisme vertébral chronique. (**Rev. de l'Orthopédie,** 1922.)

COLOMBEL (Raymond). — Considération sur l'histaminothérapie des Algies. (**Thèse de Paris,** 1941.)

COPEMAN et MASON. — Rhumatisme abarticulaire et le «syndrome de retention d'eau». (**Rapport 2e Congrès Européen du Rhumatisme de Barcelone,** septembre 1951.)

COSTE (F.), GALMICHE (P.), et BOISSIERE (H.). — Traitement des algies par l'aneurine à dose massive. (**Revue du Rhumatisme,** juin 1947, page 173.)

COVILLE. — De la Scoliose Congénitale (**Revue de l'Orthopédie,** 1896.)

DE BEAUVAIS (Jacques). — Contribution à l'étude de l'histamine. (**Thèse de Lyon,** 1942-1943.)

DELAHAYE. — **Thèse de Paris** (1921).

DELCHEF (J.) et WALCH (A.). — A propos des algies vertébrales d'origine statique (Rapport.) (**Revue du Rhumatisme,** juin 1948, page 165.)

DENUCE. — Scoliose des Adolescents. (**Revue de l'Orthopédie,** 1892, page 172.)

DENUCE. — L'insuffisance vertébrale. (**Rev. Orthopédie,** 1910.)

DE SEZE. — Arthoses vertébrales. (**Rev. Rhumatisme,** janvier 1947.)

— Hernies discales retro-marginales antérieures. (**Semaine des Hôpitaux,** 25, 12, 1949.)

— Algies vertébrales d'origine statique (**L'expension scientifique française** (éditeur).

FAULONG et LEGER. — Maladie des épineuses. (**Presse Médicale,** 5, t. 1949.)

FAULONG, LEGER et AKHRAS. — La lombalgie par néarthrose inter-épineuse. Maladie de Baastrup. (**La Presse Médicale,** 5 janvier 1949, page 34.)

FERRET (P.). — The effect of diet on œstrogen inactivation by the liver. (**British Journal of Experimental Pathology,** vol. XXXI, N5, October 1950.)

FEUTELAIS (P.). — Insuffisance Vertébrale et Colibacillose. (**Concours Médical,** 23-6-1951.)

FORESTIER (J.). — La Maladie de Scheuerman. (**Revue du Rhumatisme,** 9-9-1947.)

FOURNIE (A.). — Contribution à l'étude expérimentale et clinique de l'Histamine. (**Thèse de Marseille,** 1939.)

FROELICH. — Considération sur la scoliose des adolescents. La scoliose et l'école. (**Rev. Orthopédie,** 1-10-1910.)

GALLAND. — Insuffisance vertébrale douloureuse et section des apophyses épineuses par voie trans-cutanée. (**Société de Chirurgie de Paris,** 1936.)

GALLAND. — Osteochondrite vertébrale douloureuse. (**Revue du Rhumatisme,** décembre 1950.)

GAUDIN et SWYNGHEDAUW (P.). — **Rev. Orthop.** (Juillet 1921.)

GODLEWSKI (M.). — Relations et syndromes arthro-digestifs et digestivo-articulaires. (**Revue du Rhumatisme,** mai 1947, p. 145.)

GODLEWSKI et CAMPO. — Quelques modalités particulières des syndromes vertébro-digestifs. (**Société de Gastroentérologie,** 14 novembre 1949.)

GODLEWSKI. — Pyscho-physiologie des mouvements (discution). (**Conf. Aix,** 1948. Rhumatisme Dégénératif.)

GUILLEMINET, LACAPERE et ROZIER. — Le Rhumatisme Dégénératif du Rachis Cervico-dorsal.

GYORGY et ROSE. — **Archiv. of Biochem.** (22, 108, 1949.)

— **Arch. of Biochem.** (12, 125, 1947.)

— **Proc. Soc. Exp. Biol. and Méd.** (71, 552, 1949.)

HESS THAYSEN (Eigil). — **Ostéoporose de la colonne vertébrale.** (**Acta Medica Scandinavica,** Supp. 213. Copenhague, 1948.)

HUC. — Traité d'orthopédie. (**Ombredanne,** tome II, page 1561.)

HUET. — Le syndrome hépato-ovarien. (E. S. F.).

JUDSON (Ab.). — Déductions pratiques tirées d'observations cliniques sur la scoliose. (**9e session de l'American Orthop. association,** Buffalo, 5 mai 1896.)

JUSTIN BESANCON et RUBENS DUVAL. — Osteo-arthrites de carence. (**Revue du Rhumatisme,** 7, 1947.)

KAUTSON FOLKES. — Remarques sur Scheuerman. (**Acta medica, XXX,** 8, 1948.)

KELGREE. — Maladie des épineuses. (**Clin., 4, 35, 1939-40.**)

KIRMISSON. — Pathogénie et traitement de la scoliose essentielle des adolescents. (**Rev. orthop.,** 1896.)

— Déviation latérale du rachis dans le Mal de Pott pouvant simuler la scoliose. (**Revue de l'Orthop.,** 1892.)

KNUTSON. — Remarque sur la croissance des vertèbres dans le Scheuerman. (**Acta Radiologica,** vol. XXX, fasc. 1-2, 31-VIII-1948, pp. 173-174.)

LACAPERE. — Fibrosites, Tendinites, Bursites, Apophysites (**Revue du Rhumatisme,** janvier 1950, page 107.)

LANCE. — Algies Dorsales. (**Gazette des Hôpitaux,** N° 52-53, 1949.)

LANCE et GIRARD. — **Revue de l'orthopédie** (sept. 1937.) — **Société de Pédiatrie** (21, 1, 41.)

LAPRESLE. — Algies dorsales. (**La Semaine des Hôpitaux,** 1950, page 2690.)

LASSERE et PRELIPPOT. — Discite calcifiante. (**Rev. Orthop.,** 1947, page 494-500.)

MAURIC. — Disque intervertébral. (**Thèse de Paris,** 1933.)

MERIEL. — **Archives Mal Cœur.** (XXXVIII, pp. 216-217, sept., oct. 1945.)

MICHOTTE. — Syndrome des épineuses. (**Revue du Rhumatisme,** juin 1949.)

MOUCHET. — **Paris Medical.** (Juillet 1942.)

POUYANNE (L.). — Rhumatisme Vertébral et Douleurs Lombaires. (**Revue du Rhumatisme,** juillet 1946.)

ROQUES, ARLET, LAPORTE et TOUSSAINT (J.). — Communication au 2e Congrès Européen du Rhumatisme. (**Barcelone,** septembre 1951.)

ROUQUES. — Algies rachidiennes par apophysite épineuse. (**Presse Médicale,** 29-10-1949.)

ROUQUES (L.)., GUILLAUME, RIBADEAU-DUMAS (J.), et Roger (Ch.).— Les Kystes spinaux extra-duraux congénitaux et leurs rapports avec la cyphose dorsale juvénile. (**Annales de Médecine,** 1948, tome 49, N°, pp. 369 395.)

SAIDMAN. — Les Maladies de la Colonne. (Rhumatismes de la région dorsale.) (**Doin, II,** p. 1029.)

SCHANZ. — Une affection typique du rachis. (**Berliner Klinische Wochenschrift,** août 1907.)

SCHANZ. — Insuffisance vertébrale et scoliose. (**Berliner Klinische Wochenschrift,** 1908, N° 43.)

SCHANZ. — La gymnastique peut-elle avoir des inconvé-

nients dans le traitement de la scoliose. (**Archives de Langenbeck,** 1908, t. 88, N° 4.)

SCHULTESS. — Traité sur la Scoliose.

SERRE et MIROUZE (J.). — L'ostéophytose vertébrale. (**Annales de Médecine,** tome 49, N° 6, 1948, pp. 545-554.)

SEZE (S. de) et LEVERNIEUX. — Précisions sur l'emploi des tractions vertébrales. (**Revue du Rhumatisme,** juin 1950, page 303.)

SEZE (S. de) et DJIAN (A.) — Le Tomogramme Vertébral. (**Rev. du Rhum.,** juillet 1949, page 311.)

SORREL et DELAYE. — Presse Médicale (10 sept. 1924.)

TAVERNIER. — Algies rachidiennes par apophysite épineuse. (**Lyon Chirurgical,** mai 1949.)

TEAGUE (R. S.). — **J. Am. Med. Assoc.** (117, 1242, 1947.)

THIERS (H.). — Etude statistique des troubles fonctionnels et lésionnels des organes génitaux dans les Rhumatismes chroniques chez l'homme et chez la femme. (**Revue du Rhumatisme,** sept. 1949.)

TOURAINE et VISSEAU. — Laxité cutanée et ligamentaire des tissus de soutien. (**Société Française de Dermato-syphilligraphie,** 12, 12, 46.)

TYSLOWITZ and HARTMAN. — **Endocrinology** (29, 349. 1941.)

VAN BOAERGT. — Algies précordiales d'origine vertébrale dorsale. (**Semaine des Hôpitaux,** 14 juin 1948.)

VEYRON (J.). — Contribution à l'étude de l'histamine. (**Thèse de Marseille, 1939.**)

VILASACA, SALES, PLANS et MODOLEL (L.). — Les Angiomes Vertébraux. (**Revue Espagnole de Rhumatismo,** tome 3, n° 1, janvier 1949.)

WALCH (A.). NOMBOUTS (R.) et PETIT (J.-L.). — Funiculalgies rachidiennes dépendant des lésions discales et d'arthroses inter-apophysaires. (**Acta Orthop. Belgica,** XV, 1949, n° 4, pp. 105-180.)

WEIL (Mathieu-Pierre) et DJIAN (A.). — De l'intérêt de la Tomographie dans l'analyse des affections vertébrales. (**Revue du Rhumatisme,** juillet 1949, page 323.)

TABLE DES MATIÈRES

Page

Chapitre premier :

I. — INTRODUCTION. ESSAI DE DEFINITION DE LA DORSALGIE BENIGNE 15

II. — HISTORIQUE 17

III. — METHODES D'EXAMEN 25

IV. — DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL 33

Chapitre II :

ANALYSE STATISTIQUE DES 150 DOSSIERS DE DORSALGIES BENIGNES.

I. — ETIOLOGIE 37

II. — CLINIQUE 43

III. — ANALYSE RADIOLOGIQUE DES 150 CAS.... 53

IV. — ANALYSE DES METHODES DE TRAITEMENT ET DES RESULTATS THERAPEUTIQUES.. 59

V. — INTRA-DERMO-REACTION A L'HISTAMINE 63

Chapitre III :

SYNTHESE. 67

Chapitre IV :

ESSAI PHYSIOPATHOGENIQUE 75

Chapitre V :

CONCLUSIONS 83

BIBLIOGRAPHIE 85

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRESSION
61, RUE DES AMIDONNIERS
TOULOUSE